

## L'IGNIPUNCTURE APPLIQUÉE AUX GRANULATIONS DU PHARYNX ET DU LARYNX

Par le D<sup>r</sup> M. Krishaber.

Il est de notion générale que la pharyngo-laryngite chronique reconnaît deux formes : l'une catarrhale, simple, inflammatoire, à laquelle les glandes de la muqueuse participent au même titre que le reste du tissu, sans jouer un rôle prépondérant; l'autre granuleuse, atteignant essentiellement les glandes de la muqueuse. Les deux formes diffèrent entre elles par des caractères spéciaux. La première n'est que la prolongation du catarrhe aigu ou répété, elle a pour cause presque exclusive le refroidissement. La seconde est primitive d'emblée, chronique comme la première, mais elle naît sous des influences multiples, parmi lesquelles l'abus de la voix occupe le premier rang. C'est cette dernière forme seule, la pharyngo-laryngite granuleuse, qui doit nous occuper ici.

L'invasion de cette affection est lente et insidieuse au point d'échapper à l'observation pendant un temps ordinairement fort long, de sorte qu'elle est toujours déjà ancienne lorsqu'elle se révèle à l'examen.

Il peut paraître contradictoire, au premier abord, que l'affection des orateurs débute plutôt par le pharynx que par le larynx, ce dernier organe qui subit en apparence la fatigue la plus considérable n'étant envahi que tardivement ou restant même complètement épargné. Nous avons déjà, il y a bon nombre d'années, essayé de donner une explication de cette apparente contradiction (Voy. Krishaber et Peter, in *Dictionn., Encycl. des Sciences médic.*, article *Larynx*, p. 628), que les faits nombreux observés depuis cette époque nous ont paru confirmer.

Dans le mécanisme normal de la respiration, l'air inspiré passe lentement en deux colonnes minces à travers les anfractuosités et les sécrétions nasales; il parvient au pharynx tamisé, humecté et réchauffé pour les besoins de l'hématose. Déjà, dans la conversation ordinaire, ces conditions

sont changées ; l'individu qui parle, respirant par la bouche, une grosse colonne d'air brusquement aspiré parvient d'emblée au pharynx sans avoir subi aucune préparation. Cet air est froid ; il frappe directement la muqueuse pharyngée et l'irrite, en outre, par les molécules de poussière qu'il peut contenir. Les obligations qu'imposent la diction ou le chant aggravent encore ce double inconvénient. En effet, la conversation permet des répit plus ou moins fréquents et prolongés, pendant lesquels la membrane muqueuse est ramenée à ses conditions normales ; celui qui parle peut toujours abrégé ses phrases selon les besoins de sa respiration. Il en est tout autrement de l'orateur, de l'acteur et du chanteur. Pendant le débit d'un discours, d'un rôle ou d'un morceau de chant, la respiration, subordonnée aux besoins impérieux de la diction ou de la phrase musicale, est constamment buccale ; la membrane muqueuse du pharynx, la première frappée par la succession prolongée des colonnes d'air aspirées brusquement, se dessèche et ses glandes sont sollicitées à une sécrétion abondante et prolongée. C'est ainsi que, d'une part, la température de l'air et, de l'autre, sa sécheresse et les molécules poussiéreuses plus ou moins irritantes qu'il contient, conduisent peu à peu, lentement, graduellement, à l'augmentation de volume des glandes par suractivité fonctionnelle, et, pour peu que ces conditions se prolongent, à l'état granuleux de la muqueuse. La muqueuse du larynx n'est frappée que consécutivement et par propagation.

La pharyngo-laryngite glanduleuse se comporte, eu égard aux variations de la température extérieure, sensiblement de la même manière que la forme franchement catarrhale de l'affection. Les changements brusques de température, le temps froid et humide ont une influence incontestable et d'autant plus intense que l'action est plus souvent répétée, ou plus longtemps continuée : aussi est-ce dans les régions du Nord-Ouest de l'Europe que se rencontrent le plus grand nombre de cas de l'affection qui nous occupe. La muqueuse des voies respiratoires supérieures paraît douée d'une propriété hygroscopique manifeste ; très accusée pour la mem-

brane de Schneider, elle existe aussi, à un degré moindre toutefois, dans les voies connexes.

Parmi les influences nuisibles, il faut ranger l'habitation d'appartements surchauffés au moyen de calorifères, et, *a fortiori*, le séjour des milieux où l'air chaud se trouve chargé de particules poussiéreuses, comme dans certains ateliers, ou dans des habitations situées sur la lisière des grandes routes. Ces causes échappent assez facilement à l'observation des malades, en raison de l'habitude acquise, mais elles n'en exercent pas moins une influence pernicieuse.

L'abus des liqueurs fortes fournit un contingent assez considérable à la pharyngite glanduleuse pour être inscrit à ce titre dans tous les traités classiques; il est bon d'ajouter cependant que le genre d'existence des individus qui se livrent à de pareils excès est ordinairement contraire à toute règle d'hygiène et que l'action des alcooliques n'est jamais isolée. En effet, les abus de toute sorte, les veilles intempestives et souvent répétées — *veneris et jecorum causâ* — en un mot les fatigues de toute sorte aggravent et entretiennent le mal déjà existant, après avoir contribué puissamment à le faire naître.

Dans le larynx, la partie la plus fréquemment atteinte est celle qui contient le plus grand nombre de glandes; c'est la muqueuse des aryténoïdes. Deux rangées épaisses de glandules se trouvent, en effet, en avant et sur les côtés de ces cartilages; mais ici, une cause mécanique a peut-être aussi une part d'action dans la production de l'hypertrophie glandulaire.

Quand, sur un larynx sain, on étudie le mécanisme de la phonation, on voit qu'au moment de l'émission du son, les aryténoïdes se rapprochent pour produire le contact des cordes vocales par leur bord libre, vers la ligne médiane de l'espace glottique, au dépens d'une petite partie de la portion inter-aryténoïdienne de la muqueuse, celle-ci étant ainsi comprimée pendant toute la durée de l'émission du son. Cette compression et cette traction sont nécessairement en raison directe de l'intensité du son et de sa hauteur qui exigent une forte tension. On conçoit aisément qu'elle ait non seulement pour effet, mais probablement aussi

pour but, la sécrétion des glandes contenues dans l'intérieur de la muqueuse. Les aryténoïdes, boursofflés par l'hypertrophie glandulaire, ne peuvent plus se rapprocher aussi intimement que l'exigent les besoins de la phonation, leurs apophyses antérieures ne mettant plus en contact intime les cordes vocales, condition indispensable à l'émission des notes élevées. C'est ainsi que se produit le premier indice de l'affection qui, au fur et à mesure que le mal augmente, envahit le larynx jusqu'aux cordes vocales elles-mêmes et se manifeste par tous les degrés des troubles vocaux, depuis le simple enrrouement jusqu'à l'aphonie complète.

Déjà les premiers auteurs qui ont décrit la pharyngite glanduleuse (Chomel, Green, Guéneau de Mussy, Trousseau) l'avaient appelée l'angine des orateurs, des prédicateurs, etc., mais l'extension du mal sur le larynx ne put être étudiée qu'avec l'apparition du laryngoscope qui a singulièrement élargi le champ d'observation.

Les lésions constatées *de visu* sont en rapport avec la texture anatomique et notamment avec la richesse glandulaire et vasculaire des diverses parties du larynx. C'est la glotte intercartilagineuse — nous venons de le dire — qui est le plus communément atteinte; en second lieu, viennent la base de l'épiglotte et le vestibule du larynx. Les cordes vocales elles-mêmes sont moins fréquemment le siège de l'affection; mais longtemps avant de présenter l'aspect granuleux, elles subissent des altérations de coloration dues à des troubles vasculaires.

Sur les cordes vocales, on constate d'abord de petits vaisseaux rouges dans leur sens longitudinal; d'autres fois, ce sont de petites plaques circonscrites, d'un rouge sombre ou livide selon l'ancienneté de l'affection; à une période plus avancée seulement, on rencontre des rugosités, moins saillantes, en général, que les granulations de la muqueuse pharyngée. Ce n'est que dans des cas plus rares que l'on observe concurremment avec les granulations de la muqueuse pharyngo-laryngée, de véritables tubérosités d'aspect rose sur les rubans vocaux eux-mêmes. Ces tubérosités



sont fréquemment accompagnées de petites ecchymoses extrêmement tenaces au point de vue de la durée. Les cordes vocales sont parfois épaissies dans leur totalité ; mais cette augmentation de volume en masse s'observe surtout sur les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs qui, par contre, présentent très rarement un aspect franchement granuleux. Il est certain que l'hypertrophie dans certaines parties de la muqueuse ne se borne pas aux glandes seules ; elle envahit tous les éléments de structure de la membrane qui est transformée dans sa totalité. Il n'est pas absolument rare que toutes les parties de l'organe participent à la longue à la transformation hypertrophique : les cordes vocales augmentent considérablement de volume, leurs vibrations ne produisant alors que des sons rauques sans intensité ; l'épiglotte, à son tour, peut se déformer et prendre un aspect plus ou moins insolite ; augmentée de volume, elle perd sa position verticale et s'incline en arrière, soit par son propre poids, soit par l'épaississement de ses attaches ligamenteuses, et se couche en quelque sorte sur l'entrée du larynx dont elle cache en partie l'entrée. Les replis aryténo-épiglottiques, épaissis à leur tour, paraissent se raccourcir et leur insertion aryténoïdienne se confond en une sorte de bourrelet avec la muqueuse de ces cartilages. Les saillies des cartilages de Wrisberg et de Santorini sont effacées, de sorte que les aryténoïdes se présentent à la fin sous forme d'un mamelon dont les contours sont irréguliers et le repli inter-aryténoïdien paraît comme rétracté. L'hypertrophie qui n'atteint au début que les glandes de l'organe peut donc envahir peu à peu la totalité des tissus jusqu'à rétrécir l'ouverture glottique et amener des troubles respiratoires. C'est ainsi que graduellement, progressivement, une altération de tissu circonscrite à l'un des éléments de la muqueuse et qui n'entrave qu'une des fonctions secondaires, peut, dans quelques cas, assez rares il est vrai, produire des lésions et des complications dans la fonction vitale au premier chef, l'hématose.

Les autopsies de laryngite hypertrophique ne sont pas fréquents ; toutefois l'examen *post mortem* ayant pu être fait dans plusieurs cas, l'étude histologique a fourni un élément

important d'interprétation du processus morbide. La lésion la plus constante consiste dans la dilatation des culs-de-sac glandulaires ; mais cette dilatation n'expliquerait pas le volume considérable que prend parfois la glande hypertrophiée de la muqueuse, s'il ne se formait pas des culs-de-sac nouveaux dont les cellules épithéliales sont en outre plus volumineuses et plus allongées qu'à l'état normal. Elles ont une forme nettement prismatique, la base du prisme se trouvant à la périphérie et son sommet du côté du centre du cul-de-sac. Les orifices peuvent s'oblitérer plus tard consécutivement à cette prolifération ; il en résulte une accumulation dans la glande de son produit de sécrétion ; les conduits sont dilatés par conséquent, non seulement par l'abondante sécrétion des glandes, mais aussi par la prolifération au pourtour des orifices et bientôt la glande tout entière participe à ce travail hyperplasique. C'est alors qu'elle augmente de volume dans sa totalité et fait saillie à la surface de la muqueuse. Les petits vaisseaux afférents qui entourent la glande se dilatent et se rompent parfois ; de là cette apparition de plaques d'ecchymose que nous avons signalée plus haut.

Il peut arriver même que l'orifice des glandes s'érode et donne lieu à une perte de substance très légère et très superficielle, mais parfaitement visible. Rare dans la laryngite primitive non diathésique, cette altération est très fréquente dans la laryngite tuberculeuse où elle devient le point de départ des ulcérations. L'ensemble des glandules hypertrophiées peut déterminer dans certains cas une saillie de la muqueuse assez considérable, surtout au niveau des aryténoïdes, quoique le plus habituellement les granulations soient isolées, et que chacune d'elles, examinée à part, soit peu volumineuse ; l'état granuleux du larynx peut donc passer inaperçu à l'inspection pendant la vie, si l'on ne se sert pas d'un éclairage très éclatant.

C'est là ce qui explique comment quelques auteurs peu habitués au maniement du laryngoscope, ont pu révoquer en doute jusqu'à l'existence même des granulations dans le larynx. Celles-ci sont du reste presque toujours plus volumi-

neuses dans le pharynx, où la muqueuse paraît alors comme grenue ou chagrinée, apparence assez rare dans le larynx dont l'épithélium présente plutôt un petit piqueté avec saillie particulière résultant de l'hyperplasie épithéliale que nous venons de signaler et qui, examinée même à l'autopsie, diffère par son volume moindre des granulations du pharynx. Cette saillie en piqueté prend dans quelques cas une teinte grisâtre qui la fait ressembler à de petits tubercules miliaires avec lesquels il faudrait bien se garder de la confondre.

Lorsque cet ensemble de travail d'épaississement ainsi que les petites exfoliations que nous avons signalées se trouvent sur les cordes vocales, l'importance en est considérable, à cause des altérations particulièrement graves de la voix qui en sont la conséquence. L'*examen histologique* explique comment il se peut que, dans certains cas, la voix soit profondément troublée, alors que l'*examen laryngoscopique* ne présente aucune lésion : les granulations peuvent n'exister que sur la face inférieure des cordes vocales, invisibles pendant la vie.

Foerster a décrit sous le nom de *métamorphoses dermoïdes* l'existence dans la muqueuse du larynx de nombreuses papilles qui n'existent pas à l'état normal ; mais la description histologique la plus complète qui ait été donnée de cette forme de laryngite hypertrophique est due à MM. Wedl et Türk, de Vienne.

Tandis que, dans la pharyngo-laryngite chronique catarrhale, les troubles fonctionnels sont moindres que les lésions ne paraîtraient l'indiquer, il en est tout autrement dans la forme glanduleuse qui nous occupe ici. Les malades sont singulièrement incommodés en effet, alors que l'examen direct ne révèle que des altérations de tissu en apparence bien légères. Toutes choses égales d'ailleurs, les troubles sont d'autant plus accusés que l'hypertrophie glandulaire est plus compliquée d'altérations vasculaires. Celles-ci expliquent comment il se fait que, chez des individus atteints de lésions permanentes, il survienne, à de courts intervalles et souvent dans la même journée, des changements si no-

tables dans les troubles phonétiques; comment des conditions extérieures, des changements de température et particulièrement l'état hygroscopique de l'air, par exemple, influent si rapidement sur l'état des malades. C'est notamment l'injection vasculaire de la muqueuse aryénoïdienne qui survient promptement, lorsque cette muqueuse contient un grand nombre de glandes hypertrophiées, et nous avons dit plus haut par quel mécanisme l'augmentation de volume de cette partie du larynx entrave le fonctionnement des cordes vocales, alors même que celles-ci ne sont pas directement atteintes par le mal.

Un des caractères les plus constants de la pharyngo-laryngite glandulaire est la sensation de sécheresse dont se plaignent la plupart des malades. La simple inspection du pharynx permet souvent de constater, en effet, que la muqueuse n'a pas l'aspect humide de l'état normal, et ici le symptôme subjectif concorde parfaitement avec la constatation directe, au moins dans la majeure partie des cas. Un autre symptôme très connu consiste dans la production involontaire et incessante d'un bruit sec, espèce de toux avortée que produisent les malades, sans qu'il y ait expectoration. Cette toux que les Anglais désignent sous l'onomatopée de « hem ou de hemming », devient une cause d'aggravation et constitue une espèce de cercle vicieux, en ce sens qu'elle est la manifestation d'une irritation qu'elle augmente à son tour.

A un degré plus avancé, les malades se plaignent d'une sensation de brûlure et de sensibilité pendant la déglutition. Le symptôme le plus constant consiste dans un certain degré d'altération de la voix. Il existe une connexité si intime de structure et surtout de vascularisation entre le larynx et le pharynx, que les altérations de ce dernier organe retentissent, dans une certaine mesure au moins, sur les fonctions vocales. Dans la simple pharyngite glanduleuse, alors que le larynx paraît encore complètement indemne, la voix subit déjà quelques troubles qui n'apparaissent pas beaucoup dans la conversation ordinaire, mais qui sont parfaitement sensibles lorsqu'il s'agit de produire toutes les

#### APPLICATION DE L'IGNIPUNCTURE.

nuances du chant ou les effets dramatiques de la déclamation.

Il faut ici se départir de la tendance, assez légitime d'ailleurs, qui consiste à regarder comme insignifiant tout symptôme qui ne porte point atteinte à la santé générale ou qui ne constitue pas une entrave sérieuse à quelque grande fonction. L'altération de la voix dont nous parlons est en vérité de médiocre importance en général, mais elle présente un intérêt considérable pour ceux dont la voix est un instrument de profession. Le chanteur qui peut encore parler et même exécuter certains airs, mais qui a perdu deux ou trois notes de son registre, ou bien donner au son ce qui en constitue la qualité, la douceur et le charme; l'artiste dramatique qui n'est plus maître des inflexions de sa voix; l'orateur, le prédicateur qui ont perdu l'éclat de leur organe; tous ceux, en un mot, dont la carrière dépend de l'intégrité des fonctions vocales demeurent indifférents à ce que leur santé générale ne soit pas affectée par des granulations du pharynx et du larynx, alors que ces granulations menacent leur existence personnelle. Leur situation mérite donc toute la sollicitude du médecin.

Dans la conversation ordinaire, fût-elle très animée, on n'emploie qu'un très petit nombre de notes du médium; peu importe que ces notes constituent un simple bruit, pourvu que ce bruit soit entendu; mais, lorsqu'il s'agit de produire des sons d'une valeur musicale déterminée, les conditions sont tout autres. L'artiste et l'orateur qui ne peuvent plus réaliser toutes les inflexions de la voix, l'enfler et l'assourdir à leur gré, les nuancer, pour ainsi dire à l'infini, selon les nécessités de la mélodie ou de la diction, sont gravement atteints dans une fonction importante dont dépend leur moyen d'existence, et ils réclament, à juste titre, toute notre sollicitude. Or, le point de départ de ces troubles fonctionnels — nous le savons maintenant, — est le plus souvent dans le pharynx: c'est là qu'il faut l'attaquer afin qu'il ne s'étende à l'organe vocal lui-même, moins accessible à l'intervention du médecin, quoiqu'il le soit encore lorsque surtout la lésion n'est pas encore arrivée jusqu'à produire les transformations en

masse de la muqueuse. Il importe donc de bien se rendre compte de ce fait que l'hypertrophie glandulaire, même limitée au pharynx, amène des troubles de vascularisation qui se propagent jusqu'à l'organe vocal lui-même dont l'envahissement par le processus hyperplasique peut être évité par un traitement énergique appliqué à temps.

Le premier symptôme des atteintes que subit la voix du chanteur, est la perte de la *voix sombrée*, modification particulière à la méthode italienne et qui consiste à adoucir l'intensité du timbre pour lui donner une intonation particulièrement mélodieuse. Ce n'est pas encore le *mezza voce* : c'est le mode dans lequel, pour nous exprimer physiquement, le chanteur supprime certains *battements* et certains harmoniques qui accompagnent la voix dans son éclat. La voix *sombrée* est obtenue par une diminution d'ampleur des vibrations des cordes vocales et en même temps par une espèce d'amplification de capacité du résonnateur du tuyau vocal qui n'est autre que la cavité pharyngo-buccale. Pour obtenir ce timbre, à la fois doux et puissant, il faut que les cordes vocales soient absolument intactes, et que non seulement son tissu propre, mais aussi sa vascularisation, n'aient pas subi la moindre altération. Il faut, en outre, que toutes les parties constituant le pharynx soient non seulement normales, mais qu'elles soient, ainsi que la cavité du larynx elle-même, à un certain degré de lubrification qui se trouve singulièrement modifiée lorsque les glandes de la muqueuse sont hypertrophiées.

A un degré plus avancé des altérations dont il s'agit ici, le chanteur perd ordinairement la clarté du timbre d'une ou de plusieurs des notes élevées de son registre. Nous avons vu, en effet, que la muqueuse aryténoïdienne, l'une des premières affectées, si légère que soit l'augmentation de volume, apporte immédiatement une entrave dans l'effort phonétique en empêchant le rapprochement complet des cordes vocales. Or les sons élevés exigent que les lèvres de la glotte soient d'abord en contact l'une avec l'autre dans toute leur étendue. Ce contact, qui est d'une durée extrêmement courte et qui s'effectue sous la tension la plus forte, est suivi, par suite

de l'impulsion de la colonne d'air pendant l'expiration, de la formation d'une petite ouverture elliptique au niveau du quart ou du tiers antérieur de la glotte inter-ligamenteuse, les bords des lèvres de la glotte étant légèrement écartés. C'est au niveau de cet écartement que se produisent les notes élevées dont le mécanisme exige une synergie d'action et une intégrité de tissu pour ainsi dire absolues. Ces notes, en perdant leur pureté, perdent leur valeur musicale ; plus tard elles s'éteignent complètement.

A un degré plus avancé de l'affection, ce sont les notes profondes du registre qui disparaissent. Ici le mécanisme morbide se rattache plutôt à une altération de tissu plus profonde et portant sur un point plus rapproché de la portion inter-cartilagineuse de la glotte. Les notes du médium sont celles qui résistent, en général, le plus longtemps ; mais elles sont altérées, à leur tour, dès que les cordes vocales elles-mêmes participent plus ou moins au trouble phonétique, et l'intensité du mal est en raison directe de l'intensité des altérations de tissu des organes générateurs du son.

Il est presque inutile de signaler les pertes complètes de la voix qui ne sont que la manifestation de lésions infiniment plus avancées. Lorsqu'il s'agit d'affection chronique du larynx — dans les affections aiguës les choses se passent autrement — il faut que les lésions soient bien intenses pour que la voix soit complètement perdue. Soit dit en passant, l'aphonie qui ne provient ni d'une lésion aiguë du larynx ni d'une perturbation nerveuse, témoigne d'une maladie grave de l'organe : ces faits ne rentrent pas dans notre étude. L'hypertrophie glandulaire altère la voix, mais ne la détruit pas.

Quoique l'une des particularités les plus caractéristiques de la pharyngo-laryngite glanduleuse soit la constance de la dysphonie, il faut dire cependant que la constance n'implique pas ici l'uniformité.

Les malades ont la voix plus éraillée le matin, au réveil, qu'après un petit exercice vocal ; plus éraillée, d'autre part, le soir, après des efforts vocaux répétés. Le silence complet du sommeil et les fatigues de la journée augmentent donc les troubles ; le silence, probablement par les modifications

vasculaires et sécrétoires qui se font pendant le sommeil, les fatigues, par un mécanisme tout différent que provoque l'exercice, toujours intempestif, d'un organe malade. Le silence n'a qu'une apparence de nocuité, il en est tout autrement du langage et surtout du chant : c'est le chant surtout qui a une influence particulièrement nuisible. A une période plus avancée, la voix est altérée dans le langage ordinaire ; elle est enrouée, rauque et prend un caractère étranglé.

Lorsque les choses en arrivent à ce point, la lésion est toujours fort ancienne et les cordes vocales sont constamment affectées ; elles prennent l'aspect grenu, rugueux et marbré, leur coloration est terne, leur tissu s'épaissit, s'injecte, et devient dense. Nous avons déjà dit qu'il est rare que les cordes vocales soient primitivement atteintes ; le cas se présente cependant, et nous avons vu plusieurs fois des granulations très nettement accusées sur les lèvres de la glotte en dehors de toute lésion concomitante du larynx et de la muqueuse pharyngée.

Il résulte de l'ensemble de ce que nous venons de dire que le diagnostic de l'affection est des plus faciles à établir ; en ce qui concerne le pharynx, il suffit d'un simple examen à la lumière du jour ; pour le larynx, l'inspection spéciale au moyen d'un bon éclairage artificiel est nécessaire ; l'éclairage au soleil est cependant préférable. Il montre la muqueuse laryngée dans sa vraie coloration et permet de distinguer la moindre saillie de sa surface. Inutile d'ajouter que la lésion échappe à la vue dans les ventricules de Morgagni et sur la face inférieure des cordes vocales, inaccessibles à l'inspection pendant la vie. Toutefois, lorsque les bords du ventricule présentent un aspect franchement granuleux, il est permis d'admettre que l'altération glandulaire affecte aussi l'intérieur de ces cavités. Quant à la face inférieure des cordes vocales, il se forme quelquefois un travail hyperplasique considérable, au point de produire une espèce de prolapsus membraneux qui fait saillie en dedans du bord intérieur des lèvres de la glotte. On voit alors un repli de la muqueuse hypertrophié faire saillie vers la lumière de la glotte et la corde vocale atteinte paraît comme dédoublée.



On constate aussi au laryngoscope l'hypertrophie de la muqueuse de la portion sous-glottique du larynx ; mais, dans la trachée même, ces altérations sont infiniment plus rares. Il existe cependant des cas d'hypertrophie de la muqueuse trachéale tout entière dont le point de départ doit être attribué à un travail hyperplasique des follicules glanduleux, s'il est permis d'en juger d'après l'état du larynx affecté de granulations. Nous avons constaté un cas semblable récemment sur une jeune femme dont l'examen nous a été confié par MM. Verneuil et Pidoux. L'altération avait pris un développement tel, dans la trachée, qu'il en était résulté un véritable rétrécissement de ce conduit.

Nous sortirions des limites de notre sujet en cherchant à établir ici un diagnostic différentiel complet ; mais il est une forme d'altération du larynx qu'il est nécessaire de signaler ; nous voulons parler de certains polypes sessiles, de très petit volume, dont l'aspect se confond avec celui d'une grosse granulation glandulaire. A vrai dire, cette végétation n'est autre qu'une glande hypertrophiée outre nature dont l'existence se confond si bien avec le polype qu'il est permis de le considérer comme tel. Certaine variété de polype n'a pas d'autre origine. Lorsque le développement de cette glande s'arrête à une période peu avancée, elle peut être considérée comme une simple glande hypertrophiée. Abandonnée à elle-même, elle évolue toujours lentement, progressivement, mais quelquefois constitue, à la fin, la variété de polype dont l'examen histologique révèle la structure adénoïde et qui peut prendre un volume considérable. Il n'est pas rare de constater, notamment sur les cordes vocales, l'existence de plusieurs nodules dont le volume et la forme varient du grain de millet au petit pois. Lorsqu'elle atteint à ce volume, la tumeur est un véritable adénome, variété de polype parfaitement connue et dont l'extirpation peut être assez aisément effectuée.

Les nombreux traitements de la pharyngo-laryngite glandulaire sont depuis longtemps connus. Il n'y a pas de praticien qui n'ait mis en usage tous les moyens cathérétiques et caustiques dont notre arsenal pharmaceutique est si riche.

Depuis l'azotate d'argent employé en crayon ou en solution, jusqu'aux caustiques puissants, tels que les acides chromique et acétique, tout a été mis en œuvre contre ce mal aussi tenace que fréquent. Les solutions de sel de cuivre et de zinc sont d'un usage non moins journalier ; il en est à peu près de même des solutions iodées et iodurées. Le traitement général par l'arsenic, le soufre, les balsamiques n'est pas moins employé.

Loin de contester l'action de ces moyens thérapeutiques, nous les utilisons depuis de longues années, et nombre de fois, lorsque surtout le traitement a été longtemps continué, le résultat a répondu à notre attente. Le traitement topique nous a toujours paru le plus efficace, mais nous sommes loin de contester l'utilité des traitements généraux chez les malades qui présentent manifestement des indices diathésiques trahissant l'arthritisme ou l'herpétisme. Peut-être cependant a-t-on exagéré la fréquence de relation de ces dispositions générales et des manifestations pharyngo-laryngées. Quoi qu'il en soit, nous avons, comme tous les observateurs sincères, constaté la ténacité de cette affection qui ne cède qu'à un traitement énergique, souvent renouvelé et toujours fort long.

La destruction directe des glandes hypertrophiées constitue la plus énergique des interventions. C'est le véritable traitement applicable aux polypes du larynx dont la granulation n'est souvent que le point de départ. Nous venons de rappeler qu'il est une végétation polypeuse qui n'est autre qu'une granulation démesurément développée, l'adénome : c'est en cautérisant une tumeur de ce genre que nous avons pour la première fois porté une pointe rougie au galvanocautère sur les granulations proprement dites. Encouragé par le succès obtenu, nous l'appliquâmes bientôt dans d'autres cas.

M..., âgé de 28 ans, commerçant, est atteint de dysphonie, depuis environ trois ans. Il ne tousse pas et sa respiration est normale. Il a eu un chancre, il y a neuf ans et plusieurs blennorrhagies, antérieurement et postérieurement à cette époque. L'absence de toute manifestation secondaire et les traces cicatricielles d'un bubon qui avait suppuré et

dont l'apparition avait coïncidé avec le chancre, permettent d'exclure la syphilis. A l'examen laryngoscopique, je constate l'existence de deux grosses granulations au niveau de l'angle antérieur de la corde vocale inférieure droite. Elles sont presque identiques, tout près l'une de l'autre, arrondies, rouges et tranchant nettement sur la blancheur des cordes vocales. Leur grosseur excède un peu le volume d'un grain de millet. L'une d'elles est située près du bord libre de la corde vocale, l'autre plus en dedans et en arrière.

J'exerce le malade, qui est extrêmement docile et énergique, à supporter dans le larynx le contact de bougies métalliques; je parviens après une dizaine de jours à toucher avec précision la granulation qui est près du bord de la corde vocale, au moyen d'un fil de cuivre auquel je donne la courbure voulue. Une fois la certitude obtenue que je parviendrai aisément à toucher la petite tumeur sans léser l'organe sain, je décide sa destruction. J'hésite entre l'instrument tranchant et le galvano-cautère. Comme peu de temps avant, le premier de ces instruments m'avait donné un bon résultat dans un cas de polype fibreux, je tente l'ablation au moyen d'un couteau laryngé dont la construction s'approche beaucoup de la lame laryngée de Bruns. Le résultat ne répondit pas à mon attente, je parvins bien à piquer la végétation, mais je ne pus l'enlever, l'attouchement de la lame produisant un accès de toux qui me cachait totalement la vue de l'organe. J'eus plusieurs fois la tentation d'appuyer ma pointe, d'effectuer l'abrasion, sans y voir, mais la crainte de produire une lésion me fit toujours hésiter. Je dois dire cependant que, selon toute probabilité, j'aurais réussi, la petite production morbide se trouvant si près du bord, qu'en la transfixant je devais presque inévitablement l'enlever sans éroder notablement la corde vocale. Comme je n'aurais pu agir de même sur la seconde petite tumeur qui était implantée sur la face même de la corde vocale, je renonçai à ce procédé et j'eus recours au galvano-cautère qui, dans un grand nombre de cas de polype franc du larynx m'avait donné et a également donné entre les mains d'un grand nombre de chirurgiens, d'excellents résultats. J'employai le plus petit de mes cautères et je parvins, dès la

première opération à toucher la granulation. Je ne fis qu'un seul attouchement ; désireux de connaître les résultats de ce procédé, je m'abstins de revenir à la cautérisation, et je gardai le malade en observation. La chute de l'eschare ne s'est effectuée que le sixième jour, encore restait-il une trace de la brûlure sur la corde vocale. La voix, dont la sonorité avait passé par de fréquentes alternatives depuis l'opération, redevint absolument claire ; le treizième jour, M... renonça à toute nouvelle intervention et me déclara que l'intégrité de l'organe vocal étant reconquise, il préférerait s'en tenir là. La seconde granulation ne fut donc pas touchée.

Il n'y a rien d'anormal dans cette circonstance que la voix ait repris toute sa sonorité après la destruction d'une seule des deux granulations. La voix est surtout altérée par toute entrave portée à la vibration du bord libre de la corde vocale, mais lorsqu'une granulation, voire même une végétation, atteint la face de la corde vocale, alors même qu'elle est beaucoup plus grosse que le nodule dont il est question dans ce cas, la voix ne s'altère guère et peut même rester complètement normale.

La destruction totale de la granulation en une seule application galvano-caustique était pour moi assez inattendue. Les choses ne se passent pas ainsi pour les polypes ; la structure glandulaire de la petite tumeur dont il s'agit ici devait donc singulièrement favoriser sa mortification.

Le danger de la pratique que j'ai employée est infiniment moindre qu'il ne paraît. Il m'est arrivé bon nombre de fois, en détruisant des polypes au galvano-cautère, de frôler des parties saines du larynx, sans que j'eusse vu en résulter le moindre inconvénient immédiat ou consécutif. Par bonheur, la muqueuse laryngée normale résiste infiniment mieux à la brûlure du galvano-cautère que les productions morbides ; et d'ailleurs sur celles-ci le platine rougi est appliqué avec insistance, tandis que la muqueuse saine touchée accidentellement n'est qu'effleurée très légèrement au passage. Chez le malade dont il vient d'être question, la corde vocale elle-même porta, pendant quelques jours, les traces étoilées d'une légère brûlure, à quelques millimètres autour de la

granulation; cependant aucun accident ne s'en est suivi; la voix est redevenue absolument normale.

Ma seconde observation concerne une institutrice, âgée de 38 ans, atteinte d'une dysphonie datant de fort loin. Ayant débuté très jeune dans la carrière de l'enseignement, elle est obligée de parler, à voix haute, sans discontinuer pour ainsi dire, pendant la plus grande partie de la journée. Elle s'est aperçue depuis douze ou quinze ans déjà d'un léger enrouement qui augmenta lentement, progressivement. A l'encontre de ce qui arrive ordinairement, la voix est moins rauque au début de ses leçons que dans la suite. La malade attribue cette particularité à ce que faisant ses cours devant une classe nombreuse, elle est incommodée par la poussière qui s'élève le soir du plancher, ce qui n'a pas lieu le matin, alors que la salle d'étude vient d'être arrosée. Pour appuyer la justesse de cette appréciation, M<sup>lle</sup>..... qui la donne spontanément, déclare avoir constamment remarqué que dans les promenades pendant les journées sèches de l'été alors que l'air est plus ou moins chargé de poussière, sa voix s'altère instantanément. L'influence du temps humide n'a, par contre, été observée, à aucun moment. La voix n'est jamais complètement éteinte, mais elle n'est pas pure, même aux meilleurs moments.

A l'examen, je constate un amas de granulations sur la partie médiane de la paroi postérieure du pharynx, formant une grosse saillie grenue, rouge et parsemée de quelques vaisseaux dilatés du pharynx, quelques-unes, en amas moins compactes, au niveau du pilier postérieur droit. Les aryténoïdes sont gros, épaissis dans leur totalité, leur surface est parsemée d'un semis très ténu. L'aspect de ces organes est différent de celui du pharynx en ce que les granulations n'apparaissent pas isolément; mais plutôt associées, comme confondues en une seule masse. La portion inter-aryténoïdienne de la glotte participe légèrement à cet état, sa face antérieure est intacte, sauf une légère rougeur diffuse.

Je fais construire par M. Collin un cautère très effilé, droit, ayant la forme d'une très grosse aiguille et qui, vissé sur le

\* manche du thermo-cautère de Paquelin est facilement porté au rouge sombre. Je touche la grosse masse granuleuse du pharynx à plusieurs reprises, quatre à cinq fois de suite, par séries ponctuées, et je m'en tiens là. Le lendemain et les jours suivants, je renouvelle cette pratique pendant onze jours, sur douze.

Puis, pendant une semaine entière, je me borne à observer la malade. Les eschares tombent et laissent derrière elles une muqueuse lisse sur laquelle à un fort éclairage, on retrouve les traces des brûlures ponctuées, dans des enfoncements de la muqueuse d'un demi-millimètre à peine de profondeur. La masse granuleuse a absolument disparu.

Seize jours après la dernière cautérisation au thermo-cautère, je pratique la même opération sur les aryténoïdes, cette fois au galvano-cautère. Je procède un peu différemment. Au lieu de faire une série de punctuations, j'effleure la muqueuse, en rasant sa surface, et je produis une brûlure en nappe, très superficielle. Cette pratique renouvelée quatre fois, à un jour d'intervalle, donne un résultat aussi complet que pour le pharynx.

Un mois environ après ce traitement, la malade, qui déjà pendant sa durée était sensiblement mieux portante, put être considérée comme guérie. La sensation de sécheresse et de brûlure, la petite toux sèche qui avait été incessante, avaient complètement disparu. La voix était devenue plus claire, mais non tout à fait normale, un léger voile la recouvrant toujours. La malade, qui ne chante pas, est mise à même de se faire facilement entendre par de nombreux élèves. Si elle n'est pas complètement guérie, son état peut être considéré comme très notablement amélioré.

J'ai déjà dit plus haut que je préfère l'emploi du thermo-cautère pour le pharynx, son maniement présentant moins d'embarras que celui du galvano-cautère, au moins pour une pratique qui doit être renouvelée fréquemment. Dans le larynx, le thermo-cautère, tel qu'il est constitué jusqu'ici, n'est pas applicable. D'autre part, les gaz qui s'échappent près du manche de l'instrument seraient un inconvénient sérieux, alors même que l'instrument pourrait être

introduit jusque dans le larynx. Un dernier inconvénient négligeable lorsqu'il s'agit du pharynx, mais difficile à éviter quand il s'agit d'introduire le thermo-cautère plus loin, c'est que l'appareil s'échauffe jusqu'au manche. Pour toucher le pharynx avec la pointe du thermo-cautère, on obvie très facilement à cet inconvénient. Il suffit, la bouche étant largement ouverte, d'appliquer une grande spatule métallique sur la langue pour garantir le plancher de la bouche et la lèvre inférieure. Quant au palais, à la voute palatine et à la lèvre supérieure, il n'y a aucun danger de les effleurer, si l'on a soin d'engager le patient à respirer largement pendant l'opération. Il faut absolument combattre la tendance instinctive du malade à arrêter la respiration pendant l'effort qu'il fait pour tenir la bouche ouverte. Cette circonstance a, en effet, pour résultat de rétrécir le pharynx par le rapprochement des piliers et des amygdales. Je ne saurais assez insister sur la nécessité d'enjoindre au malade de ne faire *aucun effort* et de respirer tranquillement par la bouche. C'est la condition absolue de réussite sans accident. D'ailleurs l'accident ne consisterait que dans l'attouchement léger d'une partie quelconque de la cavité buccale ou des lèvres; la douleur qu'elle produirait serait fort légère. Quant à la brûlure du pharynx malade, elle est pour ainsi dire indolore. La brûlure dans le larynx, sans être douloureuse, est plus pénible, surtout à cause de la fumée que les malades aspirent inévitablement et dont ils sont péniblement impressionnés. J'ai remarqué en effet, que la fumée produite par la brûlure du pharynx est chassée instantanément par un brusque mouvement d'expiration, tandis que celle produite par la brûlure du larynx est aussitôt aspirée par un mouvement en quelque sorte automatique. Comme ces faits se sont renouvelés presque invariablement devant moi, je dois conclure qu'il s'agit là d'effets réflexes involontaires, ayant leur origine dans une sensibilité spéciale des organes qu'il serait difficile de combattre.

Ma troisième observation concerne un homme de 53 ans, rentier, qui vint me consulter pour un coryza chronique catarrhal, sans ulcération ni odeur fétide. L'examen rhinos-

copique ne révéla rien d'anormal. Tout traitement local me parut inutile; je me bornai à prescrire à ce malade, qui était asthmatique et emphysemateux, un traitement général arsenical, balsamique, et des bains d'air comprimé.

Ayant toutefois complété l'examen rhinoscopique par l'examen du larynx, j'aperçus sur le bord libre de l'épiglotte deux grosses granulations d'un rouge lie de vin, situées, l'une sur la partie médiane, l'autre un peu plus bas, du côté gauche. Le malade n'en souffrait nullement, mais comme j'étais au début de mes essais, je lui proposai la destruction de ces granulations qui, en vérité, pouvaient grossir, et donner lieu, ultérieurement, à quelque inconvénient. Le consentement fut facilement obtenu. Je procédai exactement comme dans l'observation I, au moyen du galvano-cautère, et le succès fut, pour ainsi dire, immédiat. La destruction fut obtenue par une seule brûlure.

Ces pratiques ne diffèrent, en aucune façon, de celles en usage depuis bien des années, pour les polypes du larynx; elles prouvent cependant que les brûlures du galvano-cautère dans le larynx, sont tellement dépourvues de danger et même d'inconvénient, qu'on peut les appliquer à une affection aussi peu grave, en général, que la laryngite glanduleuse, et que leur efficacité est infiniment supérieure à celle des caustiques solides et liquides de tous genres.

Quant à l'application du thermo-cautère contre l'angine glanduleuse, je ne doute pas un instant qu'elle ne soit facilement acceptée et qu'elle ne se répande rapidement, attendu qu'elle n'exige du praticien aucune aptitude spéciale et qu'elle a le double avantage d'une complète innocuité, et d'une promptitude d'action qu'apprécieront aisément tout ceux qui se sont trouvés aux prises avec l'affection extrêmement rebelle qu'il s'agit de combattre.

Si mes faits de destruction ignée des granulations du larynx ont été très peu nombreux jusqu'ici, il n'en a pas été ainsi pour les granulations du pharynx.

J'ai recueilli jusqu'à ce jour plus de quarante observations.

Il n'est pas rare que les symptômes fonctionnels prennent



une intensité plus grande que d'habitude et forcent les malades à des ménagements particuliers.

M. F... atteint depuis neuf mois de pharyngite et de laryngite glandulaire éprouvait, indépendamment de la sécheresse, la sensation âcre ou piquante qu'il avait habituellement à la gorge, une telle difficulté à se faire entendre au milieu du bruit, les efforts vocaux lui étaient si pénibles, qu'il avait pris le parti de garder un silence absolu quand il se trouvait en voiture ou dans une rue un peu bruyante. Cependant, en dehors de cette difficulté d'émettre des sons retentissants, il se sentait si peu malade qu'il traitait de simple indisposition cette affection qui laissait intact son sommeil, son appétit, toute sa santé générale.

Je puis rapprocher de ce cas celui d'un malade de 63 ans, qui, sans avoir autant de douleur, éprouvait une difficulté encore plus grande à se faire entendre : chez celui-ci la sensation de sécheresse au pharynx était tellement importune que, pendant des années, il s'était habitué à porter toujours sur lui une solution concentrée de gomme dont il prenait une petite gorgée chaque fois qu'il voulait se faire entendre.

Cependant ces affections si graves en apparence qu'elles arrivent à supprimer, pour ainsi dire, la plus importante des fonctions de relation, cédèrent dans les deux cas précédents à un petit nombre de cautérisations thermiques. Dans le second cas, il en fallut six à sept. Le même nombre suffit à obtenir une guérison définitive et persistante chez une dame qui m'avait été confiée par le docteur Corti, de la Charité, et de qui j'ai eu plusieurs fois, par cet honorable confrère, les nouvelles les plus satisfaisantes.

D'autres fois, j'ai vu l'affection disparaître après un traitement tout aussi rapide : je trouve, par exemple, dans mes notes le fait d'un professeur de langues orientales qui fut guéri de granulations pharyngées très développées, après six cautérisations, et qui put reprendre ses occupations aussitôt après le traitement. Cinq applications ponctuées du thermo-cautère suffirent chez un jeune garçon de 11 ans, qui présentait sur la paroi postérieure du pharynx un très gros paquet de granulations.

Si j'insiste sur le nombre de cautérisations, c'est que cette notion me paraît être des plus nécessaires au médecin. Bien des malades acceptent sans résistance de se soumettre à un traitement un peu effrayant par son appareil; mais il n'en est pas un seul qui ne demande aussitôt combien de fois il devra se soumettre à cette manœuvre opératoire. Cinq ou six cautérisations peuvent suffire; quelquefois il en faut moins encore, mais souvent aussi le résultat n'est acquis qu'après dix ou douze séances; c'est même à ce dernier chiffre qu'il faut généralement arriver.

Il n'est pas moins important de pouvoir calmer la frayeur dont le malade ne peut se défendre à l'approche du fer rouge. On peut affirmer que cette cautérisation est très peu douloureuse: bien plus, au moment même où elle est pratiquée, la douleur est nulle; ce n'est généralement que quelques heures plus tard que se réveille une sensation plus gênante que vraiment douloureuse; encore cette sensation attelle peu de durée. La preuve de ce que j'avance ressort des faits suivants:

M<sup>me</sup> de S..., à la suite d'angines répétées, avait conservé un état subinflammatoire du pharynx; les amygdales, augmentées de volume, étaient recouvertes d'un enduit grisâtre; le pharynx présentait des granulations et la malade se plaignait de douleurs assez vives. Une cure à Bagnères-de-Bigorre ne donna qu'une amélioration légère et la malade se décida à supporter des cautérisations au fer rouge dont elle avait pu constater les bons effets sur son petit garçon âgé de 7 ans. La première cautérisation fut absolument indolente; ce ne fut que le soir et le lendemain que la gorge fut plus sensible que d'ordinaire; la deuxième, pratiquée quelques jours après, fut, au moment même, tout aussi indolente; mais un peu plus douloureuse quelques heures après. Il fallut encore faire trois cautérisations pendant lesquelles il y eut un peu de douleur; ces applications furent progressivement suivies d'une remarquable amélioration et la malade, débarrassée des sensations qui l'avaient si péniblement impressionnée, se considéra comme entièrement guérie.

Ainsi, quoique l'amélioration ne se fût pas produite im-

médiatement, la malade de la précédente observation supporta, malgré de vives appréhensions, un traitement qui comprit cinq séances de cautérisation au fer rouge. Il est indubitable que ma pratique eût été vivement repoussée si elle avait à la première application provoqué de réelles douleurs.

Dans des cas particulièrement favorables, le soulagement se manifeste dès le début du traitement : M. M..., atteint depuis deux ans d'une pharyngite glandulaire, avait été soumis pendant deux mois à divers traitements, sans autre amélioration qu'une légère modification dans le timbre de la voix. Dès la première cautérisation, il éprouva un sensible soulagement, qui fut encore plus appréciable à la suite d'une seconde séance, quatre jours après la première.

Je trouve enfin dans l'observation suivante un résumé intéressant de la méthode d'application de l'ignipuncture aux granulations pharyngo-laryngées, à cause de la multiplicité et de l'étendue de la lésion, et du nombre relativement grand de cautérisations qui furent nécessaires :

M<sup>me</sup> ..... Vient me consulter à propos d'une sensation de gêne qu'elle rapporte au pharynx et au larynx. Elle ne peut fixer avec précision l'époque du début de son affection, mais elle la fait remonter à plusieurs années. La sensation pénible n'est pas constante : elle cesse ordinairement après les repas, se calme aussi pendant la nuit et se réveille presque toujours avec les premiers efforts vocaux. La malade a une petite toux sèche très fréquente suivie d'un mouvement d'expuition sans expectoration ; elle accuse nettement la sensation d'un corps étranger qu'elle ne peut rejeter.

A l'examen laryngoscopique, je constate l'aspect grenu des aryténoïdes dont le volume est notablement augmenté, la présence de quelques granulations isolées sur le bord de l'épiglotte, d'une agglomération de ces granulations sur la partie moyenne de la paroi postérieure du pharynx et de deux granulations plus volumineuses sur la base de la luette.

Après l'insuccès des traitements les plus divers, je proposai l'ignipuncture au moyen du galvano-cautère, et je renonçai à l'usage de toute autre médication.

Dans une première séance, je limitai la cautérisation aux aryténoïdes exclusivement, et je me bornai à effleurer la muqueuse. La sensation provoquée par l'instrument incandescent fut insignifiante; la malade se plaignit de la gêne provoquée par la fumée plutôt que d'une réelle douleur.

Quatre jours après, je fis une deuxième cautérisation, et une troisième après le même délai, attendant chaque fois que l'irritation légère causée par la même brûlure fût apaisée.

Dans l'intervalle, j'employai le même mode de destruction contre les granulations de l'épiglotte, avec cette différence cependant que je procédai alors par attouchements ponctués. Sur l'épiglotte, il fallut renouveler trois fois la petite opération.

Quant au paquet de granulations du pharynx, je l'attaquai par le thermo-cautère, avec le couteau cylindro-conique spécial dont j'ai déjà parlé. Comme sur l'épiglotte, je cautérisai par punctuations et je renouvelai, à quelques jours de distance, cinq fois les cautérisations.

Ces brûlures avaient toujours été très peu douloureuses; au bout de peu de jours, la légère sensibilité qu'elles avaient excitée avait entièrement disparu. L'aspect de la muqueuse était profondément modifié; après la chute des petites eschares, la membrane avait recouvré l'aspect rosé normal; on ne trouvait de vestiges du traitement que dans de légères traces de cicatrices.

Complètement débarrassée de la sensation de gêne et de corps étranger, la malade conserva pendant quelque temps encore une toux fréquente, comme si elle ne pouvait dominer d'emblée l'habitude acquise. Mais cette toux revint elle-même de plus en plus rare et se produisit à des intervalles de plusieurs jours, au lieu de se faire entendre, comme par le passé, plusieurs fois par minute. C'est dans ces conditions que M<sup>me</sup> ..... quitta Paris pour se rendre au bord de la mer.

Je la revis cinq mois après la cessation du traitement complètement guérie.

Après avoir donné en résumé les faits qui se distinguent par quelque particularité symptomatique ou thérapeutique,

je ne reviendrai que très sommairement sur le mode opératoire que j'emploie.

Un faisceau de lumière très intense étant projeté sur le pharynx, j'introduis de la main gauche une très large spatule métallique jusqu'à la base de la langue et j'engage le malade à respirer profondément sans proférer aucun son. La pratique si communément répandue de faire pousser avec effort un petit cri est très impropre dans l'espèce ; elle est, du reste, diamétralement opposée à toute notion physiologique. Le pharynx, en effet, se rétrécit pendant l'effort, par l'action simultanée et énergique des muscles constricteurs et péristaphylins ; les piliers se rapprochent, et la lumière de la cavité pharyngo-buccale est inévitablement rétrécie. En outre, la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx tend à se plisser et perd son aspect normal.

Si, au contraire, on engage le malade à affecter une respiration large, ample, et surtout silencieuse, à soupirer, en un mot, le pharynx acquiert son maximum de dilatation ; les piliers sont effacés, le voile du palais relevé, la base de la langue abaissée et la paroi du pharynx à l'état de repos se montre sous son aspect réel.

La large spatule protège la langue et la lèvre inférieure qu'elle recouvre. On introduit le couteau thermique pendant l'inspiration, et on peut facilement faire, sans retirer l'instrument, deux ou trois attouchements par ponctuation. On acquiert aisément une adresse manuelle suffisante pour ne toucher que les granulations, sans effleurer les parties voisines. Ce qu'il faut éviter avec grand soin, c'est de toucher les lèvres en retirant l'instrument par un mouvement trop précipité ; il n'y a aucun avantage à exécuter cette manœuvre, avec trop de rapidité ; jamais le patient ne ferme la bouche avant le retrait de la lame incandescente ; chez les enfants les plus indociles, ce mouvement est empêché par un instinct tout inconscient.

D'ailleurs, la lèvre inférieure, qui seule est exposée, est bien protégée par une spatule dont le manche est à angle droit. Je me suis toujours servi avec avantage d'une spatule

exécutée sur mes indications par M. Mathieu et fort peu différente d'ailleurs de celle de Trousseau et de Green.

Avant de terminer, je tiens à placer ici le premier jalon d'une étude que je publierai prochainement : il s'agit d'une autre application de l'ignipuncture dans laquelle j'ai été précédé, je m'empresse de le dire, par mon honorable confrère M. le Dr Cazeau, de l'hôpital de Berck. Il s'agit de la destruction des amygdales hypertrophiées. J'ai employé ce procédé, en ce qui me concerne, une vingtaine de fois jusqu'à ce jour, et chaque fois j'ai obtenu la destruction des amygdales malades. Je me propose de faire connaître bientôt les résultats de cette médication.

### CONCLUSION GÉNÉRALE.

La pharyngo-laryngite glanduleuse est efficacement combattue par l'ignipuncture qui doit être pratiquée dans le larynx, au moyen du galvano-cautère; dans le pharynx, on peut employer indifféremment le galvano-cautère ou le thermo-cautère.

Ce traitement igné est à peu près indolore; il n'est suivi d'aucun accident, et le résultat est très promptement obtenu. Il est d'une application facile, et son emploi, sauf quelques cas rares, n'exige pas d'aptitude spéciale.

---

### PARALYSIE RESPIRATOIRE AIGÜE DU LARYNX,

par le Dr **Paul Koch.**

Les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs peuvent subir d'une façon plus ou moins rapide des modifications telles que leurs contractions sont abolies pendant un temps plus ou moins long. Une de ces altérations musculaires les plus fréquentes est sans doute l'infiltration œdémateuse aiguë. A

l'instar des muscles intercostaux infiltrés en cas de pleurésie, de la couche musculaire intestinale paralysée en cas de péritonite générale et de dysenterie intense, les crico-aryténoïdiens postérieurs peuvent être œdématisés à un tel degré que les fibrilles musculaires perdent toute contractilité et que les malades nous présentent les symptômes d'une paralysie respiratoire de la glotte. Une inflammation aiguë, qui surgit dans le voisinage, est ordinairement la cause occasionnelle de cette myopathie aiguë, soit que le cricoïde même soit d'abord affecté, soit que l'affection primitive ait son siège dans la muqueuse rétro-laryngienne; cette dernière origine est évidemment la plus fréquente. Souvent confondus avec le croup chez les enfants, ces cas se présentent plus souvent qu'on n'a l'habitude de l'admettre; en voici un exemple : Une jeune fille, âgée de sept ans et demi, est fiévreuse pendant une journée sans que j'y attache une grande importance; le lendemain l'état fiévreux persiste, et je remarque que l'enfant fait une grimace à chaque mouvement de déglutition; l'examen du pharynx montre sur l'amygdale gauche une ulcération relativement grande et profonde, limitée par une zone d'un rouge intense; les bords en sont rongés, la couleur d'un jaune sale; les atouchements sont douloureux, mais ne provoquent pas de saignement. Le soir de la même journée, on remarquait le début d'une ulcération analogue sur l'amygdale droite; vers une heure de la nuit, une toux de plus en plus rauque ainsi qu'une dyspnée de plus en plus prononcée annoncèrent l'invasion de la maladie sur le larynx. Vers sept heures du matin, les symptômes avaient atteint leur apogée : la toux d'un timbre tout à fait croupal, l'inquiétude de la malade, l'intégrité absolue de la voix, la grande dyspnée et le cornage accentué, tous les deux exclusivement inspiratoires, les expirations absolument libres, ne prouvaient que trop bien que les crico-aryténoïdiens postérieurs étaient mis hors fonction. L'incapacité de travail de ces muscles et par conséquent la dyspnée avaient atteint le degré qui fait songer à la trachéotomie. L'état de la malade ainsi que mes sentiments (c'était ma propre enfant), ne permettaient pas l'examen laryngoscopique. Cependant, je ne

doutai pas un instant qu'une ulcération analogue aux lésions observées sur les amygdales s'était formée sur la muqueuse rétro-laryngienne, et qu'elle était assez profonde pour provoquer, par voie de fluxion collatérale, une infiltration cédémateuse des muscles dilateurs de la glotte. Pendant l'emploi continu d'inhalation d'une dissolution saturée de chlorate de potasse, la dyspnée perdit son caractère inquiétant, et avait complètement disparu le lendemain, jour où les ulcérations des amygdales étaient aussi en bonne voie de guérison; il fallait admettre qu'il en était de même de l'affection rétro-laryngienne, amélioration à laquelle correspondaient la diminution de la myopathie aiguë des crico-aryténoïdiens postérieurs, la reprise des fonctions de la part de ces muscles, et en conséquence la disparition d'une dyspnée typique, dont l'origine chez une enfant de cet âge ne permet pas d'interprétation autre que celle que nous lui avons donnée.

---

#### RÉTRÉCISSEMENT LARYNGIEN APRÈS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — CONSIDÉRATIONS SUR LE LARYNGO-TYPHUS.

Par le Dr **Paul Koch.**

(Voir les *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx*, 1878, n<sup>os</sup> 2, 3, 5.)

Nous rapportant à l'histoire complète d'un cas de laryngotyphus qui a été cité dans les *Annales* (1878, n<sup>o</sup> 2), nous allons relever les points essentiels de l'histoire de ce malade intéressant, pour autant que ces points concernent le diagnostic, le pronostic, ainsi que la guérison relative spontanée de l'affection. C'était un jeune homme âgé de 18 ans, en proie à une fièvre typhoïde intense pendant les mois de novembre et de décembre 1875, atteint des symptômes alarmants d'un laryngotyphus à la fin de la 2<sup>e</sup> semaine de la ma-



ladié générale. La trachéotomie ne fut pas pratiquée par négligence de la part de l'entourage ; néanmoins le malade se tira d'affaires pour le moment, mais les symptômes de la sténose laryngienne augmentaient peu à peu jusqu'au moment où exactement une année plus tard la trachéotomie fut inévitable (décembre 1876). Nous basant sur l'époque à laquelle les symptômes du laryngotyphus s'étaient déclarés, nous croyions devoir diagnostiquer un vrai laryngotyphus, c'est-à-dire des ulcérations typhoïdes spécifiques se développant dans les glandes muqueuses et rongant en profondeur jusqu'au niveau des cartilages laryngiens ; tous les symptômes contribuaient à pouvoir exclure l'élimination cartilagineuse et la formation de cicatrices. La marche lente et toujours croissante de l'affection, le cornage inspiratoire suivi d'une expiration libre, notamment l'inefficacité du traitement par dilatation forcée, nous avaient permis d'exclure la cicatrice et d'admettre l'ankylose double des articulations crico-aryténoïdiennes que naturellement nous avons combattue en vain. Le malade était forcé à porter la canule indéfiniment, ce qui arrive ordinairement dans ce cas.

Au mois de janvier 1880, ainsi plus de quatre ans après l'invasion de la fièvre typhoïde et au delà de trois ans après l'opération de la trachéotomie, il se déclara une tumeur douloureuse verticalement au-dessous de l'ouverture trachéale, laquelle tumeur, d'après le dire du malade, montra tous les symptômes d'un abcès et rendit la canule insupportable ; le malade ôta cette dernière sans me prévenir, l'ouverture trachéale se fermait, l'abcès s'ouvrit et guérit après avoir laissé écouler une grande quantité de pus normal sans grumeaux cartilagineux ; en ce moment la respiration s'effectue sans obstacle apparent par les voies naturelles ; la voix est celle d'une basse profonde ; l'image laryngoscopique est la suivante : la muqueuse présente une couleur presque normale, les cordes vocales sont rosâtres, le cartilage de Santorini droit a disparu, la corde vocale correspondante n'a que la moitié de la largeur de la corde vocale gauche ; les mouvements des cartilages aryténoïdes atteignent à peu près la moitié des déplacements normaux, de sorte qu'aux inspirations profondes le

diamètre de la glotte représente à peu près la moitié du diamètre d'une glotte normale, grandeur qui suffit à notre malade même pendant ses mouvements étendus.

En face de cette guérison spontanée et inattendue on pourrait se demander s'il n'y a eu erreur de diagnostic dans le temps; dans tous les cas on s'était trompé de pronostic, car le malade avait été rangé dans la classe des opérés qui sont forcés de porter indéfiniment la canule trachéale, comme il est arrivé réellement dans tous les cas de laryngotypus que nous trouvons mentionnés dans la littérature; du reste, on regarde généralement ce résultat comme satisfaisant et les malades acceptent facilement leur situation.

Chez notre malade le diagnostic de l'affection primitive aiguë n'était soumis à aucune discussion; c'était un vrai laryngotypus avec tous ses symptômes affreux. Le diagnostic différentiel qui fut posé au moment de l'opération, c'est-à-dire 13 mois après le début de l'affection primitive était celui de l'ankylose double des articulations crico-aryténoïdiennes; on s'était appuyé sur l'image laryngoscopique d'alors, mais notamment sur la contradiction fictive qui existait entre l'introduction facile des gros cylindres en zinc d'un côté et la permanence de la dyspnée suffocante de l'autre côté. Aujourd'hui les mêmes symptômes existent encore sauf l'élimination d'un cartilage de Santorini, une légère mobilité des articulations crico-aryténoïdiennes et avec elle une diminution de la dyspnée.

Encore aujourd'hui ces symptômes ne semblent pas permettre une interprétation différente de celle qui leur fut donnée il y a 4 ans. Ainsi le diagnostic tout en étant correct n'était pas complet à cette époque; l'affection avait été regardée à tort comme un procès fini, tandis qu'en réalité il existait encore une périlaryngite avec accumulation de pus autour des cartilages aryténoïdes; le pus et avec lui le cartilage de Santorini droit ont été évacués par la peau; par suite de cette élimination les articulations crico-aryténoïdiennes ont récupéré une certaine liberté de mouvements qui permet au malade de se passer de sa canule trachéale.

Nous avons tenu à enregistrer cette guérison spontanée qui

s'est opérée 4 ans après le début d'un laryngotypus, pour faire voir la marche lente et insinuante de ces périlaryngites typhoïdes et prouver par un exemple que la respiration par les voies naturelles peut se rétablir encore après des années.

---

### ANALYSES.

---

**De la formation de Séquestres dans la région mastoïdienne chez l'enfant** (*Über Sequesterbildung im Warzentheil des Kindes*), par A. HARTMANN. (Extr. de l'*Arch. f. Augen in Ohrenheilk.* Bd. VII, 1878.)

La cavité mastoïdienne offre chez le nouveau-né des dimensions assez considérables pour mériter le nom d'*Aurtrum petrosum* que lui a donné Wildermuth. Elle augmente de volume non seulement par développement excentrique de l'os dans lequel elle est creusée, mais aussi par résorption de ses parois de dedans en dehors.

La formation des cellules mastoïdiennes résulte plus tard de ce qu'il se développe sur les parois des lamelles qui s'appuient sur elles et s'avancent dans l'intérieur de la cavité où elles se rencontrent.

On rencontre assez fréquemment chez le jeune enfant des séquestres dans la cavité mastoïdienne, séquestres dont la production est due à des processus inflammatoires qui intéressent les cloisons des cellules. La nécrose, la carie, les abcès de la cavité mastoïdienne ont chez l'enfant une gravité toute particulière qu'elles empruntent à la facilité dont jouissent les inflammations de cette région pour se transmettre à la

cavité crânienne par la voie des sutures qui ne se ferment que vers la deuxième année.

Les cas de carie et de nécrose de la région mastoïdienne observés par l'auteur chez l'enfant en assez grand nombre, avaient pour caractère commun l'écoulement d'une grande quantité de matière puriforme par le conduit auditif externe.

La persistance de cet écoulement est très grande, et si l'on tient compte de ce qu'il commence par être muqueux pour devenir plus tard tout à fait purulent, on pourra en conclure, au point de vue pathogénique, à la destruction lente de la muqueuse des cellules mastoïdiennes, dont les parois dénudées se carient ou se nécrosent ensuite.

Les trois cas relatés par M. Hartmann se résument ainsi :

1° Otorrhée purulente durant 1 an et 3 mois chez une petite fille de 3 ans. Formation d'un abcès rétro-auriculaire à droite. Extirpation d'un séquestre volumineux. Guérison.

2° Séquestre de la région mastoïdienne gauche chez un enfant de 1 an 1/2. Opération suivie de mort 6 semaines après.

3° Formation de nombreux séquestres, surtout dans l'épaisseur du tegmentum tympani et dans la cavité mastoïdienne des deux côtés chez un enfant de 2 ans. Opération suivie de mort 8 mois après. Abcès du cerveau.

L'insuccès de l'intervention chirurgicale dans les deux derniers cas s'explique par la longue durée de l'affection qui avait pu causer des désordres très étendus et dont l'extension à l'encéphale s'explique par les rapports anatomiques. M. Hartmann augure mieux de l'issue d'un quatrième cas analogue, observé chez un enfant de 2 ans et 3 mois, chez lequel il a pratiqué l'extirpation de séquestres mastoïdiens et qui se trouvait encore en observation au moment de la publication de son travail.

Le diagnostic de l'existence de séquestres mastoïdiens ne se fait avec certitude qu'à l'aide de la sonde. Mais lorsque cet instrument n'arrive pas à mobiliser un fragment osseux dénudé, le diagnostic peut s'établir sur des données assez sûres, lorsqu'on observe :

1° Une otorrhée purulente chronique, fétide, rebelle au traitement ordinaire ;

2° Des végétations de la caisse repullulant immédiatement après leur ablation ;

3° L'espèce de petits séquestres par le conduit auditif externe, sans diminution de l'écoulement ;

4° Des fistules siégeant derrière l'oreille externe dont l'existence passée ou présente coïncide avec une fétidité particulière de leur produit de sécrétion ;

5° Un gonflement du pourtour de l'oreille externe survenant, dans les conditions précédentes, avec infiltration diffuse, inflammation aiguë ou tuméfaction des ganglions.

Le pronostic, déjà très sombre, s'aggrave quand on constate une dépression des forces liée à l'existence de la scrofule ou du tubercule, l'extension du processus morbide dans la profondeur de la tête, la résorption des produits altérés par pyémie ou septicémie.

L'auteur voit dans l'imminence de complications mortelles une raison péremptoire pour ne jamais hésiter à pratiquer l'ouverture de la cavité mastoïdienne, aussitôt que le diagnostic du séquestre est bien posé. Il conviendrait toutefois, de n'agir qu'après avoir laissé persister l'écoulement fétide pendant quelques mois dans le but de laisser au séquestre le temps de s'isoler pendant que les parois de la cavité se couvriraient de bourgeons, circonstance favorable pour le diagnostic.

Les rapports anatomiques du sinus transverse avec la région mastoïdienne ne sont pas les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte.

Il existe chez l'enfant de 1 à 5 mois un intervalle de 10 millimètres au moins entre le niveau du bord postérieur de l'anneau tympanique et de celui du point le plus antérieur de la fossette sigmoïde. On ne court donc pas le danger de pénétrer dans le sinus en pratiquant l'incision des téguments et l'ouverture de la cavité immédiatement en arrière de l'insertion du pavillon. L'incision des téguments devra mesurer au moins 2 centimètres.

L'auteur établit un parallèle entre la méthode usitée en

France pour l'éducation des sourds-muets et celle qui est en vigueur en Allemagne. Cette dernière aurait, d'après lui, l'avantage de permettre à l'élève de communiquer, non seulement avec ses semblables, mais avec les personnes entendant et parlant bien, parce qu'elle se propose de lui apprendre à émettre des sons, tandis que la première ne vise qu'à lui inculquer la pratique d'un langage conventionnel.

---

**Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de l'oreille** (*Beitr. zur Path. und. path. Anat. des Ohres*), par A. BURCKHARDT-MERIAN (sans indication bibliographique).

L'auteur publie l'observation de quatre personnes atteintes d'otite suppurée terminée par la mort, dont il a pu examiner les temporaux. Le premier cas concerne une fille de 19 ans, qui présentait une otite moyenne suppurée à gauche; la présence de nombreux polypes s'opposait au libre écoulement du pus au dehors. L'autopsie révéla l'existence d'une carie de la région mastoïdienne, la *pénétration du pus dans le sinus pétreux supérieur*; il existait une méningite circonscrite de la base. Le peu de développement de l'apophyse mastoïde du sujet eût été un obstacle à l'ouverture de la cavité mastoïdienne par le chirurgien. Il est probable qu'un traitement rationnel institué à temps, eût prévenu l'extension du mal et conjuré son issue funeste.

Chez une enfant de sept ans et demi qui souffrait depuis l'âge de trois mois d'otorrhée à gauche, il s'était développé une carie de l'oreille moyenne et de la cavité mastoïdienne. Le pus s'était frayé une voie au dehors, et avait passé sous le périoste de la région temporale. Il est probable que le pus qui baignait l'oreille moyenne aurait fini par perforer la voûte du tympan, et provoqué une terminaison mortelle, si celle-ci n'avait été hâtée par une péritonite tuberculeuse. La quatrième observation se rapporte à une enfant de 2 ans et 9 mois, qui fit une chute sur le côté gauche du front et chez

laquelle se développa consécutivement une otorrhée purulente suivie de nécrose de l'apophyse mastoïde. Quoique la fosse jugulaire ait participé au processus, il n'existait pas de thromboses du sinus transverse. L'origine de cette affection doit être mise sur le compte d'une perforation traumatique de la membrane du tympan avec otite moyenne consécutive. L'élimination du séquestre eût certainement dénudé le sinus veineux correspondant et entraîné la mort ; celle-ci fut le résultat d'une tuberculose généralisée.

Ces cas nous paraissent intéressants en ce qu'ils nous montrent des affections graves de l'oreille survenant chez des tuberculeux. Le cas publié par le D<sup>r</sup> Gillette dans le n° 5 de l'année 1879 des *Annales*, montre l'heureuse influence d'un traitement convenablement institué dans des cas de ce genre.

G. KUHF.

---

**Compte rendu de l'Institut otologique du D<sup>r</sup> BEZOLD, 1875-77 (*Dritter Bericht der Unglu et Phreukraukh*, etc.) (*In Bag. Intell. Blatt*, n° 44, 1878.)**

Le n° 44 de l'année 1878 du journal bavaïois *Aerzt, Intell. Blatt*, renferme un rapport d'ensemble du D<sup>r</sup> BEZOLD sur les affections des oreilles traitées par lui, dans les années 1875-1877, dans sa maison de santé de Munich. Nous en extrayons quelques remarques intéressantes de cet observateur.

La fréquence des affections de l'oreille chez les enfants, qui n'a été en apparence que de 150/0 sur un total de 1,021 individus, paraîtra beaucoup plus grande si l'on considère que parmi les adultes qui viennent consulter, il en est un certain nombre qui font remonter le début des accidents, dont ils souffrent, à leur enfance. Il semble donc qu'on néglige en général de faire traiter les maladies des oreilles chez les enfants dans le premier âge, et l'on en conçoit jusqu'à un certain point la raison. Il en résulte que des affections légères au début, n'étant pas soignées, s'aggravent et entraînent d'irréversibles lésions. L'auteur signale aussi la fréquence des otites moyennes suppurées à la suite de la scarlatine et insiste ac-v

raison pour que l'examen des oreilles soit pratiqué systématiquement dans les maladies infectieuses. Il a pu observer le début d'une otite moyenne suppurée chez une jeune fille de 10 ans, dès le huitième jour après le début de l'éruption.

On sait que les auteurs allemands qualifient de *croupales* les inflammations *pseudo-membraneuses superficielles* des muqueuses et de la peau, réservant l'épithèse de *diphthéritiques* aux formes interstitielles.

Le D<sup>r</sup> Bezold décrit 4 cas d'inflammation croupale du conduit auditif externe et de la membrane tympanique consécutives à des furoncles ou spontanés, qu'il croit devoir distinguer des manifestations diphthéritiques signalées par d'autres auteurs. L'inflammation croupale différerait de la diphthérie décrite par Wreden, Moos, etc., par les caractères suivants : durée du processus limitée à peu de jours, sans participation de l'organisme entier, origine spontanée ou provoquée par la préexistence d'une affection aiguë de l'oreille, ablation facile des membranes, non suivie d'ulcérations difficiles à cicatriser, localisation de l'exsudat à la membrane du tympan à la portions osseuse du conduit auditif externe.

Ayant observé fréquemment la présence de parasites dans l'oreille, l'auteur croit avoir découvert que l'usage thérapeutique de l'huile favoriserait la production des champignons.

Sur quatre cas d'otite moyenne suppurée suivis de mort, l'auteur a pu pratiquer deux fois une autopsie complète. L'issue fatale a été provoquée 3 fois directement par l'affection auriculaire. Dans l'un de ces cas, l'origine du mal a été un traumatisme, un coup sur l'oreille, qui avait déterminé une perforation du tympan.

M. Bezold a observé 37 personnes atteintes d'affections de l'oreille interne; 15 d'entre elles devaient leur état à l'influence d'une méningite cérébro-spinale. Chez un jeune homme de 23 ans, mécanicien, atteint de cette maladie, l'auteur a pu examiner les oreilles au quatrième jour, et constater dès lors une surdité absolue. C'est le seul cas où l'emploi des courants induits ait pu amener une amélioration de l'ouïe, non sans accidents intercurrents. Il convient de faire ressortir ce fait que l'examen de la membrane du tympan et de l'oreille



moyenne n'a révélé à aucune époque de la maladie, même dès le début, de modifications quelconques. G. KUHF.

---

**L'exécution manquée de Raab** (*Die misslungene Justification in Raab*). *Wien. med. Blätter*, n° 17, 1880.

Nous publions ci-dessous une série de documents de nature à donner sa vraie signification à l'affaire à sensation de Raab, qui après avoir passionné le grand public, présente un haut intérêt au point de vue médico-légal. Nous croyons que les pièces que nous reproduisons, sans y rien changer, contribueront à élucider la question bien mieux que tous les commentaires. Nous mettons en vedette la copie du procès-verbal officiel de l'autopsie du supplicié, dont nous avons sous les yeux l'original en hongrois, et dont la traduction nous a été faite par un membre de la rédaction. Nous faisons suivre cette pièce d'un récit détaillé du médecin légiste mis en cause, le Dr Jos. Sikor, ainsi que d'une communication adressée à la rédaction par le Dr Schmidt, médecin de l'hôpital de Raab. Enfin nous reproduisons la discussion qui a eu lieu au sujet de cette affaire au sein de la Société médicale impériale et royale de Vienne, d'après la communication de notre correspondant.

PROTOCOLE DE L'AUTOPSIE.

Dressé le 16 avril 1880, à l'hôpital général de Raab (nouvelle ville), d'après l'examen du cadavre de *Johann Takács*, natif de Peér, qui, après son exécution avait été transporté, le 14 courant, à 8 heures du matin, à l'hôpital général, en état de mort apparente et y est mort le 15 avril, à sept heures du matin.

*I. — Examen extérieur.*

1° Le corps normal, fortement constitué et bien développé, long de 170 centimètres, est celui d'un homme de 25 ans, à chevelure épaisse, châtain et courte. L'expression du visage

est paisible, les yeux sont demi-clos, la mâchoire inférieure est fortement appliquée contre la mâchoire supérieure; 2° le cadavre présente un degré moyen de rigidité, son dos est couvert de taches cadavériques rouge foncé. Putréfaction au premier degré; 3° au côté gauche du cou se voit une tumeur dure, du volume d'un œuf d'oie, qui s'étend en arrière jusqu'à la colonne cervicale, en avant et en haut jusqu'au cartilage auriculaire, et en bas jusqu'au voisinage de la clavicule gauche. La tumeur offre en son milieu une incision de 2 centimètres et 1/2 de profondeur, d'où vient sourdre un peu de sérosité sanguinolente. Cette incision est la trace d'une opération que l'on avait pratiquée quelques jours avant l'exécution; 4° au côté droit du cou se trouve, au-dessous du maxillaire inférieur, une tumeur ganglionnaire, de la grosseur d'un œuf de pigeon, de consistance pâteuse; 5° au-dessous du cartilage thyroïde et des tumeurs mentionnées en 3° et 4° se voit un sillon de strangulation, rouge foncé, étroit, assez profond, d'aspect frais, qui remonte en haut et en arrière de chaque côté du cou; 6° à la partie externe de la peau de la paupière supérieure gauche s'observe une cicatrice ancienne oblique, de 1 centimètre de longueur, dont l'existence fait paraître la paupière un peu contractée; 7° au milieu du front existe une cicatrice cutanée transversale ancienne de 2 centimètres d'étendue, étroite; 8° la tête est extraordinairement mobile sur le cou.

## II. — Examen intérieur.

9° Après ablation du cuir chevelu, la face profonde de celui-ci se montre parfaitement normale; la calotte osseuse du crâne étant enlevée, on vit les méninges et la substance cérébrale elle-même gorgées de sang. Sur le cervelet on recueille, à droite, environ 20 grammes de sang coagulé; on trouve dans les ventricules cérébraux à peu près 3 grammes d'une sérosité rougeâtre. A la base du crâne se trouve une faible quantité de sérum sanguin, et à ce niveau l'on voit la moelle allongée tendue et amincie; 10° l'appareil ligamenteux unissant l'atlas et la deuxième vertèbre cervicale, ainsi que les muscles correspondants offrent un notable relâchement qu

permet de faire facilement tourner la tête de côté et d'autre ; 11° les muscles du cou, surtout ceux de la région antérieure, sont fortement infiltrés de sang ; 12° le poumon gauche fortement hyperhémie, œdédié ; la plus grande partie du poumon droit est adhérente et exsangue ; les bronches contiennent beaucoup de mucosités épaisses ; 13° le péricarde renferme un peu de sérum jaunâtre, le cœur est normal, le ventricule droit est vide, le ventricule gauche contient de volumineux caillots ; 14° le tissu du foie est normal, la vésicule biliaire contient 15 grammes de bile vert foncé ; 15° l'estomac est normal, vide ; 16° la rate et les reins sont normaux ; 17° l'intestin grêle est vide, dans le gros intestin se trouve une petite quantité de matières fécales dures ; 18° la vessie, normale, ne renferme que peu d'urine.

FRANZ SZAUTER,  
Stadthauptmann.

#### CONCLUSIONS :

La mort a eu pour cause immédiate la paralysie de l'encéphale (par hémorragie). Cette paralysie a été elle-même causée par la congestion cérébrale intense mentionnée au numéro 9 et par l'épanchement sanguin intra-crânien consécutif amené par la strangulation, comme l'indique le numéro 5. Johann Takács ayant été condamné à la mort par pendaison par la cour royale, pour crime d'assassinat suivi de vol, et cet arrêt ayant été exécuté, la question suivante se pose : quelle a été la cause pour laquelle cet homme a été transporté à l'hôpital en état de mort apparente ? Il ressort des données portant les nos 5 et 10 du protocole que l'exécution du sus-nommé Johann Takács a eu lieu suivant les règles, et que la mort apparente ne doit être attribuée, dans ce cas, qu'à une circonstance : à savoir que le condamné a été descendu de la potence avant l'arrivée de la mort réelle.

Fait de bonne foi et en toute conscience.

Raab, le 16 avril 1880.

Dr CARL LUMNITZER, m. p.  
Stadtphysicus.

JOS. SCHMIDT,  
Spitalarzt.

JOS. OFNEB,  
Deuxième Stadtarzt.

Le médecin légiste royal, M. le Dr Josef Pikar, nous écrit :

Il n'est bruit dans toute l'Europe, en ce moment, que de la fatale exécution d'un meurtrier qui a eu lieu à Raab, le 14 de ce mois. Si je viens donner à vos lecteurs quelques détails sur ce cas, ce n'est pas pour leur offrir du nouveau ; j'obéis au seul désir de placer sous leur véritable jour des événements qui ont fait naître dans le public non médical moins la croyance de quelque sortilège que le soupçon de négligence et de légèreté de la part des hommes du métier qui ont amené, par leur faute, ce scandale maintenant partout répandu. J'espère que la relation sérieuse de ces circonstances suggèrera aux personnes compétentes un autre jugement.

Johann Takács, âgé de 26 ans, de moyenne taille, blond foncé, avait le crâne arrondi et très bombé derrière les oreilles. Les traits de son visage, surtout ses yeux le faisaient prendre à première vue pour un voleur meurtrier ; ses yeux avaient un éclat particulier, et autour de leurs angles externes se dessinaient des rides profondes qu'on ne voit habituellement que chez les sexagénaires. Cet homme avait toujours vécu en bonne santé ; savait assez bien lire et écrire pour un paysan, et sa culture n'était nullement primitive.

Il avait été incarcéré à Raab, à plusieurs reprises ; mais ce ne fut que dans le cours de sa dernière détention, qui s'était prolongée à cause du pourvoi qu'il avait interjeté plusieurs fois, qu'il fut profondément atteint de la maladie, conséquence naturelle de l'incarcération, de la scrofule des prisonniers. Son co-détenu, nommé Gede, avait contracté la même affection, avec localisation prédominante dans les ganglions des organes de la digestion et de la respiration, et avait succombé à un œdème des poumons. Chez Takács, c'étaient les deux parotides et les ganglions cervicaux qui étaient atteints ; dans la région de ces derniers il s'était produit d'assez volumineuses tumeurs, dont quelques-unes offraient la grosseur d'un œuf de poule. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient que modérément infiltrés.

C'est dans de telles circonstances qu'eut lieu l'exécution le 14 de ce mois, à 8 heures du matin. Lorsqu'elle fut terminée, et huit minutes après sa fin, je fus, en ma qualité de médecin légiste, commis à cet effet, requis par le procureur royal pour examiner le corps du supplicié et de constater si celui-ci avait déjà expiré. Je me rendis auprès du cadavre suspendu à la corde, et, sachant combien il est difficile de préciser chez les pendus, les noyés et les nouveau-nés, si la mort est réelle, j'appréciai toute l'étendue de ma responsabilité, toute la difficulté de ma situation.

J'entr'ouvris autant que possible les vêtements du supplicié et j'examinai d'abord les organes de la respiration; je trouvai le thorax et les muscles intercostaux dans une immobilité qu'on ne peut constater que sur le cadavre, il en était de même pour les parois de l'abdomen. Puis je procédai à l'examen des organes circulatoires, je dirigeai mon attention vers la région où se produit habituellement le choc du cœur entre la 5<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup>, la 6<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> côtes, et après m'être assuré qu'il n'y avait pas moyen de découvrir le moindre indice d'activité persistante du cœur, j'examinai toute la région précordiale sans pouvoir percevoir aucun signe d'action cardiaque. *Il ne m'eût été possible d'appliquer l'oreille contre le thorax, que si le corps avait été enlevé de la potence et dépouillé des vêtements grossiers et étroits dont le prisonnier était revêtu.*

Je considérai ensuite la cornée des deux yeux; elle offrait cet aspect trouble qu'on ne trouve que sur le cadavre; les pupilles étaient fortement dilatées et complètement insensibles à l'action de la lumière, quoique les rayons d'un soleil éclatant tombassent directement sur les yeux. J'essayai de comprimer les pupilles; leur forme circulaire se changea en la forme d'un ovale allongé, qui persista après cessation de la pression. En raison de tous ces symptômes, j'exprimai l'opinion que la mort était réelle.

Trois minutes après, je fus derechef requis par le procureur royal d'examiner le supplicié. Je procédai de la même manière que précédemment, et les mêmes symp-

tômes se produisirent, à cela près que la pupille de l'œil droit, qui, lors de mon premier examen, avait pris une forme ovale par suite de la compression subie, prit cette fois une forme arrondie. Je certifiâi, en réponse à la question du procureur royal, que la mort s'était produite.

Le corps fut alors détaché de la potence, placé sur un fourgon spécial et mené à l'hôpital municipal. Voulant assister à l'ouverture du cadavre, je me hâtai de prendre au plus court dans le but d'arriver en même temps que lui à cet établissement.

Aux abords de l'hôpital, je vis le fourgon, poursuivi par une grande foule, arriver au grand galop en roulant sur un mauvais pavé et s'arrêter devant l'hôpital. A peine était-il arrêté, que je le rejoignis, et je remarquai qu'au moment où on en retirait le corps du supplicié, ce dernier exécutait des mouvements respiratoires et râlait la bouche couverte d'écume.

Je fis transporter le corps dans la salle d'autopsie où se trouvaient l'honorable professeur *Bierbauer* et le médecin de l'hôpital *Josef Schmidt*. Nous voulions, ce dernier et moi, faire avec le concours du professeur quelques expériences sur le cadavre et provoquer des mouvements musculaires par l'application des courants électriques. A peine avais-je, pour un instant, appliqué les électrodes sur la région précordiale, que je pus constater par la palpation que le cœur fonctionnait, bien que faiblement, ce que l'auscultation confirma pleinement. Dix minutes après, l'on pouvait percevoir des pulsations radiales et la tendance au rétablissement de la respiration se manifestait de plus en plus.

Au bout de deux heures les membres inférieurs se remuaient déjà et la respiration s'accomplissait ; je comptai 22 mouvements inspiratoires par minute, tandis que le pouls radial battait 50 fois dans le même laps de temps.

On fit une injection sous-cutanée de morphine, on donna de l'éther à l'intérieur et l'on appliqua un sinapisme sur la région du cœur. Notre homme vécut dans ces conditions de neuf heures du matin jusqu'au lendemain à sept heures du matin, c'est-à-dire 22 heures après la pendaison ; mais il ne

reprit connaissance qu'imparfaitement et encore au dernier moment. Il est inutile de dire que la mort n'avait été qu'*apparente*. En ma qualité de professeur de médecine légale à l'académie de droit, j'ai coutume d'enseigner plusieurs fois par an à mes auditeurs que le médecin ne saurait mettre trop de soin à constater la mort des pendus, des noyés et des nouveau-nés, et pour prix de ma prévoyance et de mon zèle, c'est précisément à moi-même qu'il arrive une aussi poignante aventure.

Quant à vous, très honorés collègues, vous reconnaîtrez grâce à cet exposé et peut être l'auriez-vous reconnu sans cela, qu'en pareil cas le médecin ne saurait être incriminé pour l'erreur commise non plus qu'être accusé d'ignorance ; mais le grand public et malheureusement la justice elle-même ne s'élèvent pas au même niveau.

Quelles ont donc été les causes de cette résurrection qui entrainera probablement une modification du code pénal en Hongrie et le remplacement de la potence par la guillotine ?

En premier lieu il me faut indiquer l'existence de tumeurs ganglionnaires au cou et sous le menton du pendu tumeurs qui, par leur mollesse et leur élasticité, ont empêché la corde de comprimer complètement la carotide et la veine jugulaire.

En deuxième lieu on a dit que le corps avait été détaché trop tôt de la corde ; mais je pense, quant à moi, que le résultat n'eût pas varié si le supplicié était resté une demi-heure de plus à la potence.

La troisième cause a été la tentative si bien faite de rapeler le supplicié à la vie, alors que le fourgon avait conduit le corps sur un mauvais pavé en l'exposant ainsi aux effets d'une violente commotion qu'aucune autre tentative n'aurait pu mieux réaliser.

D<sup>r</sup> JOSEF SIKOR,

médecin du tribunal royal à Raab.

Dans la communication qu'il nous a bien voulu faire, M. Schmidt, médecin de l'hôpital, s'exprime ainsi qu'il suit :

Johann Takács, âgé de 25 ans, a été exécuté par la corde

pour crime d'assassinat avec vol, le 14 avril à 8 heures du matin.

On l'apporta à huit heures et demie à l'hôpital général; il faut au moins 8 minutes pour aller en voiture du lieu de l'exécution à l'hôpital.

En faisant enlever le corps du fourgon, je remarquai une contraction de la commissure labiale gauche et des muscles de la joue gauche; les extrémités pendaient dans le relâchement et se trouvaient froides, bleuâtres. Je fis porter le *cadavre* dans la salle des morts et donnai ordre de le poser sur la table d'autopsie, la tête soutenue par un billot de bois. Dans cette pièce se trouvait une batterie galvanique du professeur Bierbauer. Au moment où le courant électrique fut appliqué aux extrémités inférieures, je n'étais pas présent, j'ai assisté à l'application du courant sur la région précordiale, mais je n'ai pas observé de contractions musculaires. L'appareil électrique enlevé, j'examinai avec soin la cage thoracique, je considérai les yeux qui étaient clos, et m'assurai que les yeux étaient clairs, qu'ils n'étaient pas vitreux et que la pupille en était dilatée. Je posai ma main sur le thorax et l'examinai de nouveau; il me parut alors avoir perçu un petit mouvement de la cage thoracique; j'auscultai immédiatement et j'observai une faible vibration du cœur. Je pratiquai des frictions répétées sur la région précordiale et j'attendis.

J'auscultai derechef et je remarquai un renforcement des vibrations cardiaques. Je priai le médecin légiste d'ausculter à son tour; il le fit, mais il déclara qu'il ne croyait pas que l'homme vécût et qu'il pensait que les phénomènes perçus étaient le résultat de la conservation de la chaleur animale. J'instillai entre les dents de Takács quelques gouttes d'éther deux minutes après il sortait de sa bouche une salive spumeuse et au même instant on remarqua des mouvements d'inspiration et d'expiration profondes, les extrémités supérieures et inférieures commencèrent à se mouvoir, la cage thoracique se souleva, et l'auscultation me fit entendre de faibles pulsations cardiaques; je pus même sentir le pouls au poignet, battant 40 fois par minute, je dé-



clarai alors que la mort n'était pas réelle et que le supplicié vivait.

On couvrit le malade, on le mit au lit, on lui appliqua un sinapisme ; des frictions furent faites sur le corps tout entier. Au bout d'une heure de soins, le malade soulevait librement les mains et les pieds ; sa température était tout à fait normale, le pouls était à 86, les yeux se trouvaient toujours clos. Quelques minutes après se produisaient des convulsions ; j'injectai sous la peau une quantité modérée de morphine, ce qui fit bientôt cesser les crampes et procura au malade un sommeil aussi paisible que s'il eût été tout à fait en bonne santé. La respiration se faisait régulièrement et profondément.

Il dormit ainsi jusqu'à 2 heures. Puis il se tourna de lui-même sur le côté droit. Le pouls était à 96, le reste ne variait point. Il s'assoupit jusqu'à 4 heures ; il se retourna alors et à l'appel de son nom ouvrit pour la première fois les yeux et porta la main gauche à la bouche. Je lui offris un peu d'eau à la cuiller, mais il ne put l'avaler qu'avec beaucoup de difficultés ; il s'assoupit de nouveau une heure, on entendait alors de forts râles dans les poumons ; le pouls était à 110, mais plein, facilement dépressible. Le cou commence à gonfler notablement ; on ne cesse d'appliquer des compresses froides sur la tête et sur le cou.

A cinq heures et demie, le malade sortit de sa tranquillité ; bientôt après il s'assit rapidement sur son lit, dont il voulut sortir en déployant une telle force que j'eus de la peine, assisté de deux infirmiers, à le faire tenir en place. Nous fûmes obligés de le lier pour pouvoir continuer à lui poser des compresses froides ; le pouls était à 130, dur, toujours plein, facilement dépressible. Dans ces conditions, le malade sommeilla jusqu'à 10 heures, prit alors un peu de lait et se tint tranquille. A partir de 2 heures du matin, le sommeil le quitta ; il resta complètement éveillé et se mit à considérer les objets qui l'entouraient ; le pouls était à 108, mais petit et mou. A 4 heures, le malade porta la main à son cou ; je lui demandai s'il ressentait des douleurs, sur quoi il me fit signe de l'œil. Je lui dis : « Takàcs, voulez-vous de l'eau ? »

Il répondit distinctement : « De l'eau ! » Je lui en donnai un peu, mais il ne l'avalait que très difficilement goutte à goutte. L'emphysème pulmonaire fit des progrès, le pouls devint très petit, les extrémités se refroidirent. A 5 heures, le malade dit qu'il voulait uriner, le garde-malade lui donna le vase, et il rendit environ 4 décilitres d'une urine claire, tout à fait blanche ; il survint une forte sueur générale.

A 7 heures, je demandai à Takács : « Voulez-vous du lait ou de l'eau ? » Il répondit distinctement : « De l'eau ! » Mais la déglutition lui était très difficile. Je lui demandai de nouveau s'il voulait du lait ; il me répondit là-dessus : « Plus tard. » Le pouls était à peine sensible.

Je me rendis à la chancellerie pour y écrire un télégramme ; à peine avais-je fini que le garde-malade venait me prier de me rendre immédiatement auprès de Takács, qui expirait ; j'y courus, mais je n'entendis plus qu'un dernier râle, il était mort.

JOSEF SCHMIDT,

Deuxième médecin de l'hôpital général de Raab.

Pour terminer, nous reproduisons ci-dessous la discussion qui eut lieu à la Société médicale impériale et royale.

Le professeur Ed. Hofmann prit le premier la parole. Après avoir lu deux lettres à lui adressées par des médecins de Raab, et dont le contenu concorde en ce qu'il a d'essentiel avec la teneur des nouvelles publiées par les journaux, il est amené à formuler les remarques suivantes :

L'explication la plus simple et la plus naturelle du retour du supplicié à la vie doit être cherchée dans ce fait : que le criminel avait été détaché trop tôt de la potence, quoique l'expérience ait montré que, dans la pendaison, la mort survenait avec une rapidité extraordinaire et que les chances de survivance sont extrêmement minimes, même pour une personne dont on coupe très tôt la corde. Tardieu, par exemple, dit qu'au bout de 10 minutes on ne saurait ramener un pendu à la vie.

Hofmann rapporte plusieurs cas de ce genre, dont le suivant est le plus instructif : les habitants du premier étage d'une maison ayant vu une femme se pendre dans une échoppe,

se hâtèrent d'aller à son secours et il ne s'écoula que quelques minutes avant que la suicidée eût été débarrassée de la corde ; mais on était arrivé trop tard quand même. De pareils cas démontrent qu'il suffit d'ordinaire d'un *temps très court* pour éteindre complètement l'existence et rendre vaines toutes tentatives de rappel à la vie. D'autre part, on connaît des cas où il fut possible de ranimer des individus au bout d'un temps assez long.

Taylor relate des cas dans lesquels les tentatives faites au bout de 10 ou 15 minutes, pour rétablir la vie, furent couronnées de succès. Ces données, jointes à l'opinion admise sur la nature de la mort apparente, auraient exigé qu'on y regardât de plus près avant de détacher si rapidement le corps du supplicié, d'autant plus que le cas de Raab n'est pas isolé. Bouchut relate l'histoire d'une certaine Anna Green, pendue à Oxford, laquelle, détachée de la hart au bout d'une demi-heure, revint à elle et conserva la vie. On raconte de Meckel l'ancien qu'il laissa décamper un supplicié apporté à l'amphithéâtre et qui y était revenu à la vie. Fama prétend que l'individu sauvé de la sorte fit tenir plus tard 25,000 florins à Meckel. (Hilarité générale.)

On connaît deux cas plus récents, plus ou moins authentiques, dont l'un a trait à un individu pendu, à Turin en 1853, et qui se mit à *tousser* au moment où on voulut l'enterrer. La seconde affaire, dans laquelle ont déposé trois médecins qui ont signé en toutes lettres, s'est passée à Boston, en 1859.

On y pendit un meurtrier à 10 heures du matin à la mode américaine, c'est-à-dire qu'on précipita le patient, pendu à une très longue corde d'une hauteur de 7 à 8 pieds en retirant la planche sur laquelle il se tenait. A 10 heures et 14 minutes tout signe de vie avait disparu et le supplicié fut détaché et livré aux médecins à 10 heures 40 minutes. Les médecins remarquèrent à 11 heures 30 minutes des pulsations au-dessus de la clavicule droite, n'en ouvrirent pas moins le thorax (hilarité), et purent encore constater la production de contractions régulières du cœur droit ; ces pulsations ne cessèrent tout à fait qu'à une heure.

Ce fait que le cœur, l'*ultimum moriens* des anciens, continue

à battre longtemps après la cessation des mouvements respiratoires, se retrouve chez les enfants mis en état d'asphyxie, ainsi que chez les individus décapités. Chez un décapité on a observé à l'ouverture du thorax, deux heures après l'exécution, des contractions du cœur droit, et dans un second cas du même genre des pulsations avaient été observées 27 heures (!) après la décapitation.

Dans le cas de Raab, a pu jouer un rôle une autre condition, à savoir la compression incomplète des parties au cou. La mort des pendus résulte de la combinaison de deux causes, en premier lieu de l'occlusion des voies respiratoires, en second lieu de la compression des gros vaisseaux du cou et de la suppression brusque qui en résulte dans la circulation du cerveau. L'occlusion des voies respiratoires par compression du larynx ou de la trachée n'a lieu qu'exceptionnellement malgré qu'on croie, que cela est ordinairement le cas, parce que la corde, dans les circonstances normales, ne vient pas à passer sur le larynx, mais bien entre le larynx et l'os hyoïde. La pression de la corde refoule ainsi l'épiglotte contre la colonne vertébrale, la base de la langue est comprimée contre la paroi postérieure du pharynx en même temps qu'elle est soulevée (ce qui produit une courbure des parties molles du palais). De là résulte l'impossibilité de la pénétration de l'air par la bouche comme par le nez. Pour démontrer la réalité de cette occlusion, l'orateur a fait congeler les cadavres de deux pendus et y a pratiqué la coupe verticale autéro-postérieure de la tête.

L'occlusion des gros vaisseaux de la base du cou se produit régulièrement chez les pendus et la lumière des carotides se rétrécit tellement chez eux, qu'on ne réussit pas sur le cadavre encore suspendu à faire franchir le siège de la constriction à une seule goutte de liquide qu'on verse dans le vaisseau au-dessus du point comprimé. Il est évident que les effets de cette compression ne sont pas indifférents et qu'elle doit déterminer la perte subite de connaissance.

Mais dans le cas dont il s'agit aujourd'hui les circonstances ne sont pas les mêmes. On admettra aisément que la présence de tumeurs ganglionnaires ait empêché l'occlusion des

voies respiratoires de se produire au même degré que d'ordinaire, parce que sans doute, la corde, ainsi qu'on a eu l'occasion de l'observer à plusieurs reprises sur des individus porteurs de tumeurs cervicales, la corde ne passait pas entre l'hyoïde et le larynx, mais reposait directement sur ce dernier organe. La compression des gros vaisseaux du cou aura pu de même être entravée.

L'orateur croit par conséquent que la résurrection du supplicié s'explique par le détachement prématuré du corps, par l'existence de tumeurs cervicales chez le pendu, peut-être enfin par l'application de courants électriques.

Pour obvier à des accidents aussi regrettables, on pourrait introduire dans la pénalité un autre mode d'exécution, par exemple la décapitation par la guillotine, dans laquelle la vie est tranchée par une machine qui fonctionne à coup sûr et qui permet de bien mener les choses sans faire appel à l'adresse et à la force de l'exécuteur. Si le mode d'exécution actuel était maintenu, il faudrait fixer exactement le temps pendant lequel l'exécuté devra rester pendu à la potence.

Le professeur Hofmann proposerait alors de faire durer la pendaison, pendant une heure au moins, avant que de faire constater la mort par un médecin. Il n'existe dans notre nouveau Code pénal aucune indication à ce sujet, alors que l'ancien Code spécifiait qu'il fallait laisser le supplicié pendu du matin au coucher du soleil.

Comme on parle dans le public de « briser la nuque » du supplicié et que beaucoup de médecins pensent qu'on a, en effet, contume de luxer la nuque de l'exécuté, l'orateur croit devoir faire remarquer, qu'à sa connaissance, les exécuteurs ne font rien de semblable. Le procédé n'est pas facile à exécuter, et tout en étant inutile n'est pas de nature à rendre l'exécution moins cruelle.

Dans les exécutions auxquelles Hofmann a assisté, il n'a rien été tenté pour briser la colonne vertébrale. On ne saurait donc incriminer le bourreau dans le cas présent.

Le conseiller professeur Billroth prend la parole, pour faire ressortir tout d'abord *qu'aucun reproche n'incombe non plus dans ce cas au médecin.* Ce dernier a rempli son de-

voir, attendu que la cessation de la respiration et la suspension des battements du cœur sont considérées par nous tous comme les signes de la mort. Toute autre est la question de la détermination du temps pendant lequel on peut instituer des tentatives de rappel à la vie, compté à partir de la cessation complète de la respiration. Puis il faut se demander pourquoi le patient quoiqu'ayant pu de nouveau librement respirer, est mort quand même.

Billroth se souvient du cas d'une jeune servante qui lavait près d'une lessiveuse et qui, saisie par une aile de la machine par son fichu, avait fait plusieurs tours sur elle-même. Le larynx avait été comprimé de telle sorte qu'il n'y subsistait plus qu'une étroite ouverture pour le passage de l'air. Kumas pratiqua sur cette fille la trachéotomie; la malade respira librement le lendemain, mais succomba dès le surlendemain. L'orateur a observé des faits semblables chez des individus sur lesquels il avait dû pratiquer la trachéotomie dans le croup; ils mouraient au bout de 12 à 24 heures malgré l'opération.

Il semble que dans ces cas la circulation cérébrale, après avoir été troublée pendant un certain temps, ne peut plus se rétablir.

Le professeur Hofmann remarque qu'il n'a pas entendu faire de reproches au médecin. Mais la cessation de la respiration et l'arrêt des pulsations cardiaques ne suffisent pas, en pareil cas, pour autoriser à déclarer qu'il y a mort réelle, l'expérience prouvant le contraire. Les phénomènes de suffocation s'expliqueraient sans doute à l'autopsie par une fracture des cornes de l'hyoïde et du larynx.

Le Dr D. Hofmohl, d'après les données de son expérience personnelle, pense également que la cessation de la respiration et l'arrêt des battements du cœur ne doivent pas être considérés comme des signes de la mort réelle. Il a pratiqué la trachéotomie chez deux enfants sur lesquels il n'entendait plus les bruits du cœur à l'aide du stéthoscope depuis deux à trois minutes, et avait pu leur conserver la vie en substituant la respiration artificielle.

---

**De la surdi-mutité et de l'éducation des sourds-muets**  
 (*Taubstummheitt und Taubstunnenbildung*), par le  
 Dr A. HARTMANN, Stuttgart, chez F. Enke, 1880.

L'auteur a cherché à préciser l'état actuel de nos connaissances sur les causes et le traitement de la surdi-mutité. Les 200 pages de son livre sont consacrées à l'examen de la question de la surdi-mutité sous toutes ses faces. « Est sourd-muet tout individu atteint de la privation de l'ouïe congénitale ou acquise dans la première enfance, ce qui l'a empêché d'apprendre à parler ou lui a fait désapprendre le langage. Doivent donc encore être considérés comme sourds-muets ceux qui, après avoir reçu quelque instruction et avoir appris à parler, ne sont plus muets quoique restant sourds. » Après avoir donné cette définition, l'auteur aborde l'histoire; il fait revenir au médecin suisse Amman, l'honneur d'avoir découvert que la surdi-mutité est la conséquence d'une déféctuosité non des organes de la phonation, mais de l'organe de l'ouïe.

Si le sourd-muet n'acquiert pas la faculté du langage, c'est que l'ouïe lui faisant défaut, il n'est pas invité à imiter les sons que, tout enfant, il serait tenté d'imiter. S'il est établi que la naissance des idées chez l'enfant est indépendante du langage, il n'en est pas moins vrai que la formation des idées abstraites exige le concours de l'enseignement par la parole. Dès lors, le sourd-muet, chez lequel on ne supplée pas par des moyens appropriés au vice d'organisation qui le rend incapable de s'assimiler, *sponte sua*, des notions de plus en plus abstraites, reste dans un état d'infériorité intellectuelle.

L'auteur rejette absolument l'opinion d'après laquelle les sourds-muets auraient les poumons et tout l'appareil respiratoire peu développés, qui en fait des scrofuleux. D'après Kiliau, les sourds-muets seraient fréquemment gauches; ce fait, que Kiliau cherche à utiliser pour la localisation du langage articulé, est controuvé. Les facultés affectives des sourds-muets se développent en raison directe du soin qu'on apporte à leur éducation. Leurs facultés intellectuelles sont

susceptibles de prendre un parfait essor quand on s'attache à suppléer l'enseignement par la parole, par un enseignement approprié. Il faut pourtant distinguer entre les aptitudes des sourds-muets de naissance et celle des individus dont la privation de l'ouïe et de la parole a pour cause une affection de l'encéphale, et qui sont naturellement moins bien doués.

La mémoire des sourds-muets est généralement excellente ; ils ont de la facilité pour le calcul. Par compensation pour la défectuosité de l'ouïe et de la faculté du langage, la vue devient très perçante et le toucher acquiert une grande finesse. On sait qu'il suffit au sourd-muet d'observer le mouvement des lèvres pour comprendre ce que l'on dit.

Le chapitre 3 est consacré au diagnostic de la surdi-mutité, qui est assez délicat chez les très jeunes enfants ; chez les enfants plus âgés et chez les adultes, il faut souvent être en garde contre la simulation qu'on ne déjouera pas toujours facilement.

Sauf le cas où, la surdi-mutité, étant héréditaire dans une famille, on est conduit à la soupçonner dès la naissance, ce n'est guère que vers l'âge de 4 à 6 mois que l'on peut, suivant Wilde, apprécier l'état de l'ouïe. Il est indispensable de s'assurer qu'à la surdi-mutité, ne s'ajoute pas l'idiotie ; car il n'y a point de palliatif à la surdi-mutité chez l'idiot, et toute tentative serait peine perdue. L'idiot sourd est toujours muet.

Il peut y avoir divers obstacles à l'émission des sons en l'absence de surdité : Waldenburg, Broadbent rapportent des cas d'aphonie congénitale avec intelligence complète et ouïe bonne. L'auteur n'accepte les faits de Broadbent que sous bénéfice d'inventaire.

La statistique générale ayant trait au nombre des sourds-muets, par rapport à la population générale, n'étant pas prise avec tout le soin voulu, elle ne représenterait (en Allemagne) que des nombres approximatifs et inférieurs à la réalité.

La statistique spéciale concerne l'étiologie de la surdi-mutité.

La meilleure statistique qui soit dressée en Allemagne est celle de Cologne (Dr Wichelein), dont le formulaire est très



complet. L'auteur reproche au formulaire adopté en 1878, au congrès de Paris, de n'être, ni assez complet, ni assez explicite, surtout en ce qui concerne la détermination de l'état intellectuel, de l'état de santé et du degré d'aisance du sourd-muet.

D'après les tableaux annexés à l'ouvrage, tandis que dans les Pays-Bas, la Belgique, la Grande-Bretagne, le Danemark, la France, l'Italie et les Etats-Unis, le nombre des sourds-muets serait relativement faible, il augmenterait en Allemagne, en Autriche, en Hongrie, en Suède et en Norvège. Mais c'est la Suisse qui renferme proportionnellement le plus de sourds-muets (24,5 pour 10,000 habitants). Abstraction faite de la nationalité, c'est dans les contrées montagneuses que la surdi-mutité se rencontre le plus fréquemment. Il y aurait en moyenne 6,3 sourds-muets par 10,000 habitants en France; or, la proportion s'élève à 22,4 dans les Hautes-Alpes, à 26,7 en Savoie. L'infirmité dont nous nous occupons est bien plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Il est intéressant de noter que les israélites lui fournissent un plus fort contingent; l'auteur se demande si ce n'est pas du fait de mariages consanguins.

Au point de vue étiologique, il est nécessaire de distinguer la surdi-mutité congénitale de la surdi-mutité acquise. Tandis que, d'après les données anciennes il y aurait à peu près autant de sourds-muets de l'une que de l'autre espèce, les données récentes tendraient à faire considérer la surdi-mutité acquise, comme de beaucoup plus fréquente que la surdi-mutité congénitale. L'auteur a trouvé, dans les écoles de sourds-muets de Berlin, 45 enfants sourds-muets de naissance sur 185 élèves. Ladreit de Lacharrière, s'appuyant sur un relevé de douze années, a calculé que la proportion des sourds-muets de naissance, ne dépasse pas 21 0/0 du nombre des sourds-muets, admis à l'institut de Paris.

#### *Causes de la surdi-mutité congénitale.*

La surdi-mutité est considérée comme héréditaire, non seulement quand elle provient directement des parents, mais

encore quand elle remonte à quelque ascendant plus ou moins éloigné en ligne directe ou collatérale. Elle doit aussi être mise sur le compte de l'hérédité lorsque, dans une famille où il n'y a jamais eu d'exemple de cette infirmité du côté des ascendants, plusieurs enfants sont sourds-muets. L'hérédité directe ne serait pas aussi fréquente qu'on le supposerait ; comme exemple d'hérédité indirecte, l'auteur cite, d'après Moos, le cas suivant : « Un sourd-muet épouse une femme parlante et en a deux enfants : un fils sourd-muet et une fille (A) entendant et parlant. Celle-ci se marie avec un homme bien constitué et donne le jour à deux filles sourdes et muettes et à un fils (B) qui entend et parle bien. Ce dernier épouse une femme normalement constituée, qui lui donne un fils sourd-muet (C'). »

« L'une des deux filles sourdes et muettes prend pour mari un sourd-muet et met au monde un fils sourd-muet (C''). Ainsi donc les parents et les grands parents de ce sourd-muet (C'') n'étaient pas sourds-muets. »

L'auteur mentionne un fait intéressant relativement à l'existence de la surdi-mutité congénitale chez plusieurs enfants de même famille, frères et sœurs. La statistique irlandaise de 1851 indique que dans une même famille se trouvaient sept sœurs sourdes-muettes, dont six étaient jumelles. L'influence des mariages entre consanguins ne paraît pas à l'auteur établie d'une manière précise ; les uns en exagèrent l'importance, les autres la nient. Des documents rassemblés par l'auteur il résulterait que sur 6,515 sourds-muets, dont 4,790 de naissance, il s'en est trouvé 336 nés de parents consanguins, soit 5.2 0/0 par rapport au nombre total, et 7 0/0 par rapport au nombre des sourds-muets de naissance. On a accusé l'action des milieux, de la misère, de favoriser la production de la surdi-mutité. Les habitants des campagnes y seraient plus exposés que les citadins ; la fréquence de cette infirmité chez les montagnards s'expliquerait, comme chez les campagnards, par les intempéries des saisons auxquels ils sont exposés. L'humidité des habitations agirait sur les classes pauvres des villes.

La faiblesse constitutionnelle, les maladies des parents ou

des ascendants ne constitueraient pas des causes prédisposantes bien nettement établies. Il en serait de même de l'alcoolisme. Pour admettre l'action de telles causes, M. Hartmann exigerait une statistique générale de la morbidité et de l'alcoolisme. Nous devons faire remarquer que faire ressortir l'influence d'une cause et rechercher la proportion dans laquelle cette cause agit sont choses distinctes. Il suffit d'un certain nombre de faits bien observés pour remplir le premier but ; ces faits doivent être en quantité suffisante pour éliminer les erreurs provenant du hasard et de circonstances exceptionnelles. On devra élargir le cadre des observations, les prendre sur différents points, exclure la possibilité d'erreurs dues à la race, au milieu, etc. Mais il est parfaitement licite de se contenter d'un nombre restreint d'observations pourvu qu'elles soient rigoureusement prises et suffisamment explicites. Cela dit, nous concéderons volontiers à l'auteur que dans l'espèce la preuve n'est pas encore donnée et qu'on en est réduit à des hypothèses plus ou moins plausibles.

La surdité acquise produit chez l'enfant la perte du langage, d'autant plus rapidement et plus sûrement que l'enfant est plus jeune. On pourrait admettre qu'en général ce grave résultat est à craindre jusqu'à l'âge de 7 ans. L'importance pratique de cette notion est considérable au point de vue du sens dans lequel on doit diriger l'éducation des enfants atteints de surdité.

Les affections qui entraînent la surdité dans l'enfance se classent ainsi, pour l'Allemagne, par ordre de fréquence : affections cérébrales (encéphalite et méningite), convulsions, méningite-cérébro-spinale, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole affections idiopathiques des oreilles, affections traumatiques de la tête, maladies diverses. Voltolini admet la possibilité d'une confusion entre la méningite et une inflammation idiopathique du labyrinthe qui serait souvent méconnue, suivant lui. Les symptômes seraient les mêmes dans les deux cas : l'affection labyrinthique, plus fréquente chez les enfants, entraînerait fatalement la surdité d'ordinaire complète. D<sup>r</sup> KUHF.

---

**L'otorrhée. — Ses causes, ses effets et son traitement,**  
par le D<sup>r</sup> V. GRAZZI. (Milano, 1880.)

Sous ce titre, et dans un format élégant, le docteur V. Grazzi vient de publier un excellent traité de l'otorrhée qui vient d'obtenir un prix du Collège médical de Florence et dans lequel sont utilisés les meilleurs travaux parus en France, en Italie, en Angleterre et en Allemagne sur les maladies de l'oreille. L'auteur, du reste, est un ancien élève des cliniques de Paris et de Londres, et son livre est le fruit, non seulement de son expérience personnelle, mais aussi, on peut le dire, de celle des otologistes contemporains les plus distingués.

L'otorrhée constitue le chapitre le plus important des maladies de l'oreille, car elle est l'effet ou la cause de presque tous les accidents qui peuvent atteindre l'organe de l'ouïe et ses dépendances, son étude entraîne donc par conséquent celle des autres parties de l'otologie. Elle constitue aussi l'un des chapitres les plus importants bien que l'un des plus négligés de la pathologie externe puisque, d'après M. Grazzi, les individus affectés d'écoulement chronique de l'oreille qui viennent demander les secours du médecin, représentent environ la cinquième ou sixième partie du nombre total des malades reçus dans les diverses cliniques. D'un autre côté, M. le docteur Bonnafont affirme qu'un cinquième des sourds-muets de France et de l'étranger se trouve dans cette misérable condition par suite d'otorrhées négligées pendant l'enfance. « Citez-moi, dit justement de Trœltsch, une autre cavité du corps humain qui, aussi étroite que la caisse du tympan, confine de toutes parts, à des organes aussi importants ! »

Après avoir énuméré les rapports anatomiques de la cavité auditive, l'auteur divise son ouvrage en deux parties, suivant le siège primitif du phénomène morbide : 1° l'otorrhée dépendant des maladies du conduit auditif externe ; 2° l'otorrhée causée par les affections de la caisse et de l'oreille interne. Puis il entre tout d'abord dans quelques considérations générales.

L'otorrhée peut être l'expression de certaines maladies générales ou diathésiques, mais il ne faut cependant pas trop se hâter, suivant la recommandation de de Troeltsch, de diagnostiquer une otorrhée de nature diathésique ou scrofuleuse. C'est souvent un prétexte commode pour se dispenser d'un examen et d'un traitement local ordinairement longs et ennuyeux. Il semble, qu'en France, on invoque aussi trop fréquemment la diathèse herpétique pour expliquer la nature de beaucoup de maladies. Parmi les raisons qui engagent M. Grazi à douter de l'influence de l'herpétisme sur la production de l'otorrhée, il cite seulement celle-ci : que pendant longtemps il a prescrit le traitement arsenical aux individus affectés d'otorrhée dite herpétique et que jamais il n'en a obtenu le moindre effet, alors que les manifestations externes dépendant de la diathèse herpétique se modifient constamment par l'action de l'arsenic. Il reconnaît l'influence des *causes rhumatismales* et des prédispositions individuelles sur la production de l'otorrhée. La prédisposition diminue de l'enfance à la vieillesse.

L'auteur passe ensuite à l'anatomie pathologique et étudie les lésions trouvées dans les diverses parties de l'oreille et dans les organes circonvoisins ainsi que le liquide de l'otorrhée puis il entre dans la première partie de son sujet, l'étude de l'otorrhée en rapport avec les affections du conduit auditif externe.

Les agents les plus communs de l'otorrhée dépendant d'une otite externe circonscrite sont les corps étrangers du conduit auditif que le praticien doit être exercé à reconnaître sous leurs formes variées et souvent trompeuses. Un simple furoncle est fréquemment la cause d'une otorrhée persistante et celle-ci peut à son tour déterminer la production de furoncles multiples. Cette complication de l'otorrhée se montre le plus souvent lorsque la suppuration est de mauvaise nature. Suivant de Troeltsch, l'emploi de certaines substances astringentes dans le traitement de l'otorrhée peut lui-même faciliter le développement des furoncles.

L'otite externe, qui est la cause la plus fréquente de l'otorrhée du conduit auditif, peut être aiguë ou chronique.

L'otite externe aiguë peut être causée par l'introduction de poussières, vapeurs et liquides irritants caustiques ou putrides dans l'intérieur du conduit auditif; elle peut être causée également par le contact de virus spécifiques. L'auteur a été témoin à la clinique de M. le docteur Ladreit de Lacharrière d'une otite blennorrhagique et d'une otite syphilitique. Il énumère les causes de l'otite externe chronique et ses complications possibles :

L'une des maladies le plus facilement provoquées par l'otorrhée, est l'ostéite du temporal qui peut aboutir à l'ostéopériostite de l'apophyse mastoïde qu'il ne faut pas confondre avec le phlegmon intra-mastoïdien lequel est le plus souvent l'effet de l'otite moyenne purulente. C'est pour éviter cette confusion que M. Tillaux propose sagement de distinguer les abcès mastoïdiens de provenance externe et les abcès mastoïdiens de provenance interne. Les uns et les autres peuvent aboutir à une terminaison fatale.

L'abcès parotidien, l'arthrite fongueuse temporo-maxillaire signalée par M. Duplay peuvent encore survenir à la suite de l'otorrhée par otite externe chronique; mais la conséquence la plus redoutable de cette affection consiste dans l'ostéo-périostite de la paroi supérieure du conduit auditif externe, laquelle peut se propager aux méninges et au cerveau. Si l'on étudiait bien, dit de Trœltzsch, tant de méningites et tant d'encéphalites de l'enfance, on ne tarderait pas à reconnaître les rapports existant entre ces inflammations et les maladies chroniques de l'oreille.

L'auteur aborde ensuite l'étude de l'inflammation de la muqueuse qui revêt la cavité de la caisse du tympan, cause la plus commune de l'écoulement purulent de l'oreille. Il déclare, avec Toynbee, de Trœltzsch et de Rossi, que la distinction est impossible entre cette inflammation et la périostite du temporal dans lequel est creusée la cavité tympanique. L'exsudat de l'inflammation de la caisse ne se fait pas toujours une issue au travers de la membrane du tympan et c'est pour cela que tant d'inflammations de l'oreille moyenne sont méconnues. C'est au point que sur 48 rochers de 24 enfants pris au hasard à la clinique obstétricale de Würzburg et

qui avaient vécu de 17 heures à un an, de Troeltsch a trouvé sur 33 le catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec stase veineuse cérébrale.

Viennent ensuite l'étude de la myringite et de la perforation du tympan, l'histoire des polypes auriculaires, à la fois effet et cause d'otorrhée, des névrites et des paralysies du nerf facial et des effets de l'otite moyenne suppurée sur la *corde du tympan* et consécutivement sur le sens du goût. Enfin l'auteur étudie l'abcès mastoïdien de provenance interne, les ostéites et les caries du rocher et passe en revue les graves conséquences de la suppuration de la caisse sur le centre nerveux voisin, sur le système vasculaire intra et extra-crânien et sur l'ensemble de l'organisme. Puis il passe au pronostic et insiste sur ses difficultés et sur sa fréquente gravité : Wilde trouve juste que les règlements des sociétés anglaises pour l'assurance sur la vie, refusent l'admission des individus affectés d'otorrhée.

Abordant alors le traitement, M. Grazi s'élève contre la doctrine ancienne de la *suppuration salutaire* et du *noli me tangere*, doctrine qui ne résultait que de l'ignorance des causes et des effets du mal et de l'absence de moyens curatifs. Il insiste sur l'opportunité de l'intervention de l'art dans le traitement des écoulements de l'oreille, signale les moyens prophylactiques et hygiéniques et s'étend sur le traitement abortif et caustique, sur le traitement astringent et détersif et enfin sur le traitement des complications et des conséquences morbides de l'otorrhée, en suivant de préférence le formulaire de ses anciens maîtres des cliniques de Paris.

L. MANOUVRIER.

---

#### Nouveau laryngoscope du Dr E.-J. MOURE.

M. le Dr E.-J. Moure (de Bordeaux), vient de faire présenter à l'Académie de médecine (séance du 23 mars), par l'organe de M. Noël Guéneau de Mussy, un nouvel appareil laryngoscopique, destiné à remplacer la lumière oxydrique (lumière de Drummond), pour l'éclairage du larynx et des fosses nasales postérieures : cette dernière, d'un emploi assez

coûteux, est loin d'être exempte de dangers, elle offre de plus l'inconvénient de décolorer les tissus, pouvant ainsi induire en erreur les praticiens habitués à l'éclairage de la simple lampe à huile qui, à son tour, renforce la ténuité des muqueuses buccales et laryngiennes. Le nouvel appareil du D<sup>r</sup> J. Moure, surtout fait pour les démonstrations laryngoscopiques, et construit chez M. Ch. Dubois (1), se compose :

1° D'une lanterne CC' dont les faces supérieure et inférieure sont percées d'un trou pour le passage du verre de la lampe E, dans l'intérieur de la lanterne, et en arrière de la flamme est placé un réflecteur métallique L destiné à projeter les rayons lumineux du côté opposé où se trouve une ouverture de forme circulaire mesurant 12 centimètres de diamètre ;

2° A l'ouverture antérieure de la lanterne vient s'emboîter un tube AA' mesurant 95 centimètres de long dans l'intérieur duquel sont placées quatre lentilles plan convexe B', B'', B''', B'''' destinées à fournir, en dehors du tube, un faisceau lumineux assez intense pour éclairer nettement le larynx ;

3° Deux coussinets J, permettant de diriger les rayons lumineux de haut en bas ou réciproquement ; les mouvements de latéralité s'obtiennent à l'aide d'un tube I glissant à frottement doux dans un cylindre HH', qui sert de pied à l'appareil et que l'on peut fixer lui-même, par son extrémité inférieure, sur une table ou tout autre support ;

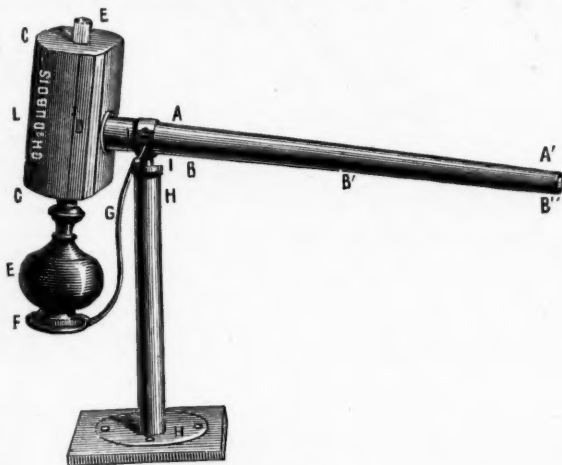
4° Enfin entre la coussinière J et la lanterne CC' se trouve une tige G dont l'extrémité inférieure, munie d'un plateau F, supporte la lampe E qui doit fournir l'éclairage à l'appareil. Inutile d'ajouter que le plateau et la lampe suivent tous les mouvements du tube AA' et conservent toutes les positions que l'on veut leur donner.

Cet appareil, dont le prix de revient est *bien-moins* considérable que celui de Maltoni ou de Dubosq pour la lumière oxyhydrique, peut être indifféremment éclairé soit avec une lampe à huile, soit avec un simple bec de gaz monté à cet

(1) 31, rue Saint-André-des-Arts.



effet sur un pied qui reposera sur le plateau F. Il suffira de veiller à ce que la flamme de la lampe ou du gaz soit placée en face du réflecteur L.



Nous recevons la lettre et la circulaire suivantes que nous nous empressons de publier en leur donnant notre adhésion la plus complète.

Très honoré confrère,

Le Congrès international d'otologie de New-York avait décidé que le Congrès suivant de l'année de 1880 aurait lieu dans la même ville que celle où se tiendrait le Congrès international d'ophtalmologie, et devrait le précéder ou le suivre immédiatement.

Milan (Italie) a été la ville choisie pour le siège de ce dernier Congrès, et on en a fixé l'époque du 1<sup>er</sup> au 4 septembre; par conséquent, il a été décidé de tenir le Congrès international d'otologie du 6 au 9 de ce même mois de septembre.

Cette heureuse coïncidence a suggéré au D<sup>r</sup> Labus, chef du dispensaire pour les maladies de la gorge à l'hôpital majeur de Milan, une idée qu'il s'est empressé de soumettre à ses collègues au moyen de la circulaire que nous reportons ci-dessous.

Comme nous savons qu'il y a déjà beaucoup d'adhésions et de promesses d'intervention personnelles, nous engageons vivement nos confrères qui n'auraient pas reçu, par égarément de la poste,

ladite circulaire, à vouloir bien lui adresser leur décision à ce sujet.

Voilà donc, très cher confrère, la situation précise de la chose que j'ai exprimée au plus simple degré; à vous de l'appuyer avec la validité de votre parole et le prestige de votre autorité.

Veillez, cher confrère, agréer mes plus cordiales et empres-sées salutations.

Votre tout dévoué,

D<sup>r</sup> LABUS.

Milan, 26 avril 1880.

P. S. — Plusieurs de nos collègues m'ayant déjà témoigné le désir d'assister aussi au Congrès d'otologie, et d'autres d'aller au Congrès international d'hygiène à Turin, du 6 au 11 septembre, j'ai cru bien faire en fixant notre Congrès du 2 au 5.

Milan, Via St. Andrea, 8, ce 30 mars 1880.

Très honoré confrère,

Dans la première quinzaine du mois de septembre de l'année courante, il y aura à Milan des Congrès internationaux d'ophtalmologie et d'otologie, et à Turin le Congrès international d'hygiène.

Il est évident que pour la laryngologie un Congrès international serait aussi d'une grande utilité.

A cette époque, il y aura certainement en Italie un grand concours de médecins; plusieurs otojates sont aussi spécialistes des maladies de la gorge; on a l'habitude en médecine de faire un groupe spécial de l'ophtalmologie, de l'otologie et de la laryngologie; toutes ces circonstances rendent à notre avis l'occasion propice pour instituer à Milan, en même temps que des Congrès d'ophtalmologie et d'otologie, un

#### 1<sup>er</sup> Congrès international de laryngologie.

Sachant que vous cultivez avec distinction l'étude de la laryngologie, nous vous adressons la présente afin que vous nous informiez si vous adhérez à notre proposition, et si l'on peut aussi espérer votre intervention personnelle.

Si par les réponses que nous recevrons des collègues spécialistes pour les maladies de la gorge (au nombre environ de 200) auxquels nous avons envoyé cette circulaire, on peut déduire la probabilité de la réalisation de ce projet, nous vous en avisons immédiatement, et nous vous prions de nous indiquer si vous avez des travaux ou des questions à présenter afin de pouvoir former un programme du Congrès.

Espérant votre prompt réponse, nous vous prions d'agréer, très honoré confrère, l'assurance de notre haute considération

D<sup>r</sup> LABUS.

Le Gérant : G. MASSON.

